Rok L. Kraków, dnia 21. stycznia 1911. Nr. 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych (I B) Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Haemoglobinuria paroxysmalis.

Napisał

Prym. Dr A. Krokiewicz.

(Ciąg dalszy).

Badanie krwi na szczycie napadu (Dr Kramarzyński) wykazało:

Ilość hemoglobiny (Sahli) 80%
c. g. 1·058
Ilość krwinek czerwonych 4600000
» » białych 7000
wskaźnik 0·8
Preparat świeży jak poprzednio.
» barwiony: triacid (słabo), Jänner (prawidłowo).
limfocyty 9%
wielojądrzaste neutrofile 84%
eozynowe 2%
basofilne 0·5
myelocyty (kom. szpiku neutrofilne) 3%
limfoidalne kom. szpiku 1%
przejściowe 0·5%.

Znaczna ilość rozpadłych białych krwinek, skąpe polichromatofilne, 1 normoblast, kilka cieni krwinek czerwonych.

Badanie skrzepłej krwi, utoczonej przez nakłucie żyły na szczycie napadu, dokonane przez Prof. Marchlewskiego, wykazało:

»Ilość oddana do dyspozycyi 8·007 gm., krew skrzepnięta o ogólnych własnościach normalnych, zawierała czystą oksyhemoglobinę bez śladu jakichkolwiek innych barwików, jak methemoglobiny i t. p. Ilość oksyhemoglobiny (oznaczona metodą spektrokolorymetryczną): znaleziono 124·8 części na 1000 części wagowych krwi. Dane literaturą wahają się dla prawidłowej krwi w granicach 130—150‰«.

12. XI. Ciepłota ciała ranna 36° C. Mocz prawidłowy, Chory po przespanej dobrze nocy swobodny. Przed południem około godziny 10. wyszedł lekko odziany i przebywając na powietrzu przy ciepłocie + 8° C. przez 1 1/2 godziny przeziębił się. Wkrótce potem, gdyż około południa doznał uczucia ogólnego znużenia i ciężkości w nogach, a następnie krótkiego dreszczu. Mocz oddany o godzinie 2 popołudniu w ilości 220 cm^3 był mętny, barwy ciemnocisawej ze znacznym osadem; ciepłota ciała 38·3° C.; o godzinie 3 popołudniu mocz oddany w ilości 70 cm^3 czysty cisawy, ze skąpym osadem, ciepłota ciała 38·2° C.; o godzinie 6 mocz oddany w ilości 75 cm^3 czysty cisawy bez osadu, ciepłota ciała 37° C. Wieczór chory czuje się zupełnie dobrze; sen i apetyt dobry. Napad lekki, wywołany lekkiem przeziębieniem, trwał około 6 godzin.

Wynik badania moczu, dokonanego w Zakładzie chemii lekarskiej Uniwersytetu Jagiell. przez Prof. Marchlewskiego, wykazał:

a) przed napadem po przeziębieniu:	*b)* w czasie napadu
barwa: winowo-żółta	: czerwono-brunatna
oddziaływanie: kwaśne	: kwaśne
c. g. 1·030	: 1·029
osad silnie zwiększony	: silnie zwiększony
urochrom } prawidłowe	: zwiększony
indoksyl } prawidłowe	: lekko zwiększony
mocznik, kwas moczowy } zwiększone	
chlorki : prawidłowe	
fosforany ziem } zwiększone	: zmniejszone
» potasowców } zwiększone	: zwiększone
białka: 0·04%	: około 0·07%
ślad barwika krwi	: barwik krwi obecny w dość znacznej ilości
Osad: szczawian wapniowy obficie, fosforan wapniowy krystaliczny: dość obficie, nabłonki płaskie pojedyncze, liczne bakterye	Osad: dużo hemoglobiny, liczne wałeczki szkliste.

13. XI. Ciepłota ciała 36·2—36·6° C.; tętno 88 regularne; mocz winowo-żółty, czysty, bez białka.

14. XI. S. i. Badanie krwi (Dr Kramarzyński) wykazało:

Ilość hemoglobiny (Sahli) 80%.
Ilość krwinek czerwonych: 4500000.
» » białych: 7250.
Preparat świeży: jak poprzednio.
» barwiony: triacid (słabo); Jänner (prawidłowo)
limfocyty 25%
wielojądrzaste neutrofile 60%
» eozynowe 4%
» basofilne 1%
przejściowe 8%
limfoid. szpiku kostnego 2%

Znaczna ilość płytek Bizzozera, liczne rozpadłe krwinki białe, skąpe polichromatofilne.

Surowica krwi, badana przez Prof. Marchlewskiego w czasie wolnym od napadu, okazywała cechy pod każdym względem prawidłowe. Barwik należy do grupy lipochromów, a pośród ciał białkowych stwierdzono zarówno obecność albuminu, jak globulinu.

15. XI. Ciepłota ciała 36·4—36·5° C., apetyt dobry. Język wilgotny, czysty. Tętno 72, regularne. Parcie krwi (Riva-Rocci) 125 mm Hg. Źrenice wązkie, dość leniwo oddziałują. Mocz winowo-żółty, czysty, kwaśny, c. g. 1·021, białka nie zawiera. Chory czuje się zupełnie dobrze. Odczyn Wassermanna wybitnie dodatni, wykonany dwukrotnie (za każdym razem dla kontroli zupełnie oddzielnie), przez Prym. oddziału chorób kiłowych i skórnych Dra Borzęckiego i przez Dra Eisenberga, asystenta zakładu higieny Uniwersytetu Jagiell.

16. XI. do 24. XI.: Ciepłota ciała waha się między 36^0 C. rano a $36{\cdot}8^0$ C. wieczorem; tętno około 80, czasami przepuszczające, dobrze napięte. Parcie krwi (Riva-Rocci) między 120—125 mm Hg. Mocz zawsze prawidłowy, nie zawiera białka. Chory swobodny.

25. XI. Ciepłota ciała rano $36{\cdot}3^0$ C., wieczorem $36{\cdot}8^0$ C. Mocz prawidłowy. Założono opaskę uciskającą na goleni prawej na 20 minut celem wywołania przekrwienia biernego. Bezpośrednio przed zdjęciem opaski tętno 100, regularne, a po zdjęciu opaski 80, często wybitnie przerywane. Mocz bez zmian. Choremu wstrzyknięto podskórnie 0,0005 rozczynu siarkanu atropiny.

26. XI. S. i.; wstrzyknięto podskórnie 0·0005 siarkanu atropiny.

27. XI. Chory czuje się swobodny. Ciepłota ciała rano $36{\cdot}2^0$ C. Mocz prawidłowy. Po wstrzyknięciu podskórnem 0,001 atropiny zastosowano o godzinie $8\frac{1}{2}$ rano kąpiel lodową na nogi przez 20 minut. Chory czuje się zupełnie dobrze i dopiero o godzinie 1 popołudniu, t. j. w $4\frac{1}{2}$ godzin po zastosowaniu kąpieli nożnej oddaje po raz pierwszy 70 cm^3 moczu ciemnoczerwonego, a ostatni mocz krwawoczerwony o godzinie 4 popołudniu. Ogólna ilość moczu krwawego 340 cm^3. O godzinie 5 mocz zupełnie prawidłowy. Pod wieczór wystąpiły nieznaczne poty. Dreszczów, ani gorączki wcale nie było; widoczne zahamowanie napadu pod każdym względem. Źrenice bez zmian.

28. XI. Chory swobodny, mocz prawidłowy.

29. XI. Ciepłota ranna 36.2^0 C.; tętno 72, czasem przepuszczające, mocz prawidłowy. Choremu wstrzyknięto podskórnie 0,001 siarkanu atropiny i zastosowano rano o godzinie 9 m. 20 kąpiel lodową na nogi przez 12 minut. O godzinie 10 m. 3 oddany mocz w ilości 20 cm^3, a o godzinie 11 w ilości 200 cm^3 okazuje barwę cisawoczerwoną, ostatni mocz zabarwiony czerwono o godzinie 1 popołudniu w ilości 50 cm^3. Ogółem 270 cm^3 moczu krwawego. O godzinie 2 mocz oddany w ilości 180 cm^3 zupełnie prawidłowy. Napad moczenia krwawego trwał 3 godziny. Zupełny brak dreszczów i gorączki. Ciepłota ciała $36{\cdot}2^0$ C., tętno 72—90, przepuszczające. Źrenice bez zmian. Surowica krwi utoczonej przed napadem w czasie kąpieli nożnej nie zawierała hemoglobiny; z chwilą oddania pierwszej ilości moczu krwawego (20 cm) okazywała wybitny ślad barwika krwi, a o godzinie 11 (200 cm^3) bardzo znaczną ilość hemoglobiny. Rozbiór moczu, dokonany przez Prof. Marchlewskiego, wykazuje:

a) pierwsza porcya	*b*) ostatnia porcya
mocz: barwa ciemno-krwista	: brunatnoczerwona
oddziaływanie słabo kwaśne	: silnie kwaśne
c. g. 1·026	: 1·025
osad silnie zwiększony	: w dużej ilości
urochrom: zwiększony	
Indoksyl: prawidłowy	: cokolwiek zwiększony
mocznik, kwas moczowy } słabo zwiększony	: : } słabo zwiększony
chlorki: prawidłowe	
fosforany ziem: zaledwie zmniejszone	: prawidłowe
fosforany potasowców: prawidłowe	: lekko zwiększone
Białka (hemoglobina) 0·8 %, mocz zawiera b. dużą ilość barwika krwi. Badanie spektralne wykazało czystą oksyhemoglobinę.	Białko 0·1 %. Barwik krwi w znacznej ilości, jednak w znacznie mniejszej, niż w poprzedniej porcyi.
Osad: hemoglobina miernie obficie, miejscami śluz, kilka wałeczków szklistych pokrytych strątami hemoglobiny.	Osad: b. silny strąt hemoglobiny, liczne wałeczki hemoglobinowe.

30. XI. do 2. XII. Ciepłota ciała waha się od 36·2—$36{\cdot}4^0$ C.; tętno około 72, więcej lub mniej przepuszczające, dobrze napięte. Mocz zupełnie prawidłowy.

3. XII. Ciepłota ciała rano $36{\cdot}2^0$ C.; tętno 80, dość dobrze napięte, przepuszczające. Chory czuje się dobrze. Mocz bez białka, prawidłowy. O $^3/_{4}$9 wstrzyknięto podskórnie 0·01 chlorku pilokarpiny i zastosowano kąpiel lodową na nogi na 12 minut. Chory oddaje w 20 minut 75 cm^3 moczu blado-cisawo-żółtego, w którym znajduje się spory ślad białka i barwik krwi; niespełna w godzinę oddaje 35 cm^3 moczu krwawego, następnie o godzinie $1\frac{1}{2}$ po południu 165 cm^3 moczu cisawo-czerwonego, a o $3\frac{1}{2}$ 170 cm^3 moczu nieco jaśniejszego, ale zawierającego hemoglobinę i białko. O godzinie 6 wieczorem mocz oddany w ilości 190 cm^3 zupełnie prawidłowy. Wogóle chory oddał moczu krwawego 445 cm^3. Napad moczenia krwawego wystąpił wcześniej znacznie, niż przy poprzednich doświadczeniach i trwał przez czas dłuższy, gdyż około 7 godzin; mocz był jaśniejszy, cisawoczerwony, nie okazywał barwy ciemnoczerwonej wina burgundzkiego i zawierał sporą ilość oksyhemoglobiny. Dreszczów ani gorączki nie było, ciepłota ciała utrzymywała się stale $36{\cdot}2^0$ C.; tętno 80—90, przerywane. Poty, które wystąpiły zaraz po kąpieli nożnej, były miernego nasilenia tylko przez godzinę i ustały z chwilą oddania pierwszej znaczniejszej ilości moczu krwawego, później ich nie było. Źrenice zmian nie okazywały.

4. XII—5. XII. Chory swobodny, mocz prawidłowy, ciepłota $36{\cdot}2^0$ C., tętno pełne, 80, przepuszczające.

6. XII. Chory rano zupełnie swobodny; mocz bez białka. Po przechadzce i przeziębieniu się (ciepłota powietrza — 5^0 R) doznał około południa dreszczów, podwyższenia ciepłoty do 38^0 C. i oddał mocz ciemno-czerwony, prawie czarny. Napad trwał około 6 godzin i okazywał mierne nasilenie.

7. XII.—22. XII. Stan bezgorączkowy; chory swobodny; mocz zupełnie prawidłowy.

Przypadek powyższy, jak to z przedstawienia rzeczy wynika, okazywał typowy obraz okresowej hemoglobinuryi. To też w czasie spostrzegania klinicznego zwracaliśmy szczególniejszą uwagę nietylko na sam przebieg kliniczny α), ale i na zachowanie się krwi β), jak również na przyczynę powstawania napadów t. j. patogenezę tej sprawy chorobowej.

α) W czasie pobytu 5-tygodniowego w szpitalu — spostrzegaliśmy u chorego 7 razy napad okresowej hemoglobinuryi; 5 razy wywołanej na drodze doświadczalnej, t. j. przez zastosowanie kąpieli lodowej na nogi, a 2 razy wskutek przypadkowego przeziębienia się. Napady występowały w odstępach 24 godzin, 2 (2 razy), 3 (2 razy), 4 i 15 dni. Pierwszy napad wystąpił po zastosowaniu kąpieli lodowej 10-minutowej na nogi w 3 kwadranse i rozpoczął się silnymi dreszczami 20-minutowymi, poczem pojawiła się gorączka 38^0 C. i mocz o zabarwieniu czerwonego wina burgundzkiego. Napad w całości trwał 6 godzin i był dość silny. Ciepłota ciała najwyższa $38{\cdot}5^0$ C. Drugi napad, wywołany po 3 dniach, rozpoczął się w godzinę po 10-minutowej kąpieli lodowej nożnej oddaniem moczu ciemnoczerwonego, prawie czarnego, poczem wystąpił dreszcz 20-minutowy i ciepłota ciała podniosła się do $39{\cdot}5^0$ C. Napad, który zapowiadał się bardzo silnie, został opanowany rychło przez ogrzanie nóg ciepłemi kamionkami, a tem samem skrócony został do trwania około 4-godzinnego. Trzeci napad wystąpił sam we 24 godzin wskutek przypadkowego przeziębienia się chorego; zaznaczył się bardzo słabem nasileniem, brakiem dreszczów i podwyższoną ciepłotą do $38{\cdot}2^0$ C.; trwał 6 godzin. Następnie po 15 dniach wywołano czwarty napad w warunkach nieco odmiennych, gdyż wstrzyknięto choremu podskórnie 0,001 siarkanu atropiny w rozczynie wodnym i dopiero zastosowano kąpiel lodową nożną przez 20 minut. Pomimo zadziałania bodźca (kąpieli

lodowej) przez czas dwa razy dłuższy, niż przy poprzednich doświadczeniach, napad moczenia krwawego wystąpił dopiero w $4^1/_2$ godziny i trwał bez dreszczów i bez gorączki zaledwie 3 godziny. Wogóle można było naówczas stwierdzić wybitne zahamowanie pod każdym względem napadu hemoglobinuryi, najprawdopodobniej skutkiem tamującego zadziałania atropiny na nerwy wydzielnicze. Potwierdziły to zapatrywanie i dalsze doświadczenia, t. j. 5. i 6. napad. Piąty napad po powtórnem wstrzyknięciu podskórnem roztworu wodnego siarkanu atropiny (0,001) i zastosowaniu kąpieli lodowej nożnej 12-minutowej był bardzo słaby, przebiegał również bez dreszczów i bez podniesionej ciepłoty, ujawnił się w $^3/_4$ godziny moczem krwawym i trwał około trzech godzin. Natomiast w 6. napadzie po poprzedniem wstrzyknięciu podskórnem 0,01 chlorku pilokarpiny w roztworze wodnym w celu pobudzenia nerwów wydzielniczych i zastosowaniu następnie kąpieli nożnej lodowej 12-minutowej, czas trwania dosięgał około 7 godzin, a napad rozpoczął się rychło, gdyż już po 20 minutach po zastosowaniu kąpieli, oddaniem moczu krwawego; napad miał w całości lekkie nasilenie bez dreszczów i bez podniesionej ciepłoty ciała. Ostatni napad, wywołany w 3 dni po poprzednim przeziębieniem się chorego na dłuższej przechadzce, miał wcale silne nasilenie, trwał około 7 godzin przy podwyższonej ciepłocie ciała 38·2° C. i rozpoczął się dreszczami. We wszystkich przypadkach pojawienia się okresowej hemoglobinuryi u naszego chorego zawsze stwierdzić można było jako przyczynę bezpośrednią jedynie zadziałanie ciepłoty bardzo obniżonej, prawie do 0° C.; wszelkie urazy psychiczne, jak i zaburzenie w krążeniu, wywołane podwiązaniem kończyny, pozostawały bez wpływu.

Mocz w czasie wolnym od napadu był zawsze prawidłowy i nigdy nie zawierał białka. W czasie napadu raz tylko białkomocz poprzedził wystąpienie hemoglobinuryi. Zabarwienie moczu krwawe pochodziło zawsze od czystej oksyhemoglobiny (stwierdzonej analizą spektralną), która znajdowała się w różnej ilości zależnie od nasilenia napadu. Ilość oksyhemoglobiny w moczu krwawym na szczycie napadu wahała się najwyżej w granicach 0·6%—0·8%, a najmniej 0·04—0·07%. Ilość moczu krwawego w czasie napadu wynosiła od 270—645 cm^3, średnio 360 cm^3. Osad zawierał zawsze bardzo obfity strąt hemoglobiny, wałeczki hemoglobinowe, a niekiedy i wałeczki szkliste obok obfitych kryształków szczawianu wapniowego i fosforanu wapniowego. Wogóle przebieg kliniczny w zupełności potwierdzał spostrzeżenia innych autorów.

Nieco odmienniej przedstawiał się nasz przypadek ze względu na obraz hematologiczny, jak i zachowanie się krwi.

β) Obraz hematologiczny, jak i zachowanie się krwi w przypadkach hemoglobinuryi napadowej różnie bywa opisywany. W czasie wolnym od napadu ilość krwinek czerwonych jest prawidłowa lub nieco niższa, w czasie zaś napadu zazwyczaj jest ona zmniejszona, zależnie od nasilenia napadu (Mesnet, Bristowe, Copeman, Kobler, Obermeyer, Chwostek). Bardzo rzadko, jak to opisał Pel, może wystąpić obok hemoglobinuryi okresowej i hyperglobulia. Krwinki czerwone w czasie napadu nie układają się w ruloniki (Bristowe, Copeman, Boas), okazują obok prawidłowych postaci wiele form, jakby. powyginanych, twory rozpadowe i t. zw. cienie, t. j. krwinki czerwone wyługowane z barwika krwi (Ponfick). Rössle zauważył niezwykłe skupienie (Agglomeration) krwinek czerwonych naokoło leukocytów we krwi odwłóknionej i oziębionej do ciepłoty pokojowej; było ono tak znaczne, iż każde ciałko białe otoczone było licznemi krwinkami czerwonemi, silnie przylegającemi. Odnowa (regeneracya) krwinek czerwonych następuje szybko (Kobler, Obermeyer, Bristowe i Copeman, Götze). Według E. Meyera i E. Emmericha odporność krwinek czerwonych u chorych na hemoglobinuryę okresową jest mniejsza na wstrząsanie, saponinę i kwas octowy, niż w warunkach prawidłowych. Krwinki nie są wrażliwsze na działanie samego zimna, natomiast są bardzo czułe na zmiany ciepłoty, zwłaszcza, jeśli obok tego zadziała i inny czynnik szkodliwy, jak np. saponina lub kwas octowy. Ilość hemoglobiny zmniejszona, stosownie do zmniejszonej ilości krwinek czerwonych podczas i po napadzie.

Leukocyty w bardzo przeważnej liczbie przypadków nie okazują zmian ważniejszych. Nieliczni autorowie, jak E. Meyer i E. Emmerich, zwracają uwagę na nagły spadek limfocytów i brak eozynofilów w czasie napadu. Benjamin zauważył po napadzie zwiększenie się ilości bazofilów i eozynofilów; ilość eozynofilow następnego dnia może wynosić około 6%. Rössle zauważył krople hemoglobiny w protoplasmie leukocytów.

(Dokończenie nastąpi).

Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag.

Z kazuistyki śmierci z postrzału. Samobójstwo, czy morderstwo?

Podał

Prof. Wachholz.

(Dokończenie).

II. Postrzał w serce.

Ludwik G., aspirant kolejowy, liczący lat 25, zawiązał stosunek miłosny z 22-letnią Zenoną C., z którą się następnie zaręczył. W kwietniu 1909 urodziła Zenona narzeczonemu córkę, a dowiedziawszy się, iż Ludwik odwleka ślub dlatego, iż pragnie inną kobietę pojąć za żonę, wniosła przeciw niemu skargę sądową o uwiedzenie pod pozorem małżeństwa, jednak w czasie rozprawy, pogodziwszy się z nim, odstąpiła od skargi. W końcu maja 1909 przybyła Zenona do stacyi S. pociągiem o godzinie 12 w południe w odwiedziny do Ludwika i na jego życzenie. Po odejściu pociągu udała się z nim do lasku opodal stacyi znajdującego się i tu odbyła się między narzeczonymi stanowcza rozmowa, w czasie której Zenona miała płakać. W lasku zabawili Ludwik i Zenona aż do chwili, w której miał nadejść pociąg powrotny dla Zenony. W chwili tej miał Ludwik wedle swego zeznania, albowiem innych świadków zajścia nie było, objąć Zenonę i czule ją ucisnąć, i wtedy zauważyć u Zenony pod stanikiem rewolwer, który ona nabyła w jesieni r. 1908 w celu rzekomego samobójstwa z powodu odwlekania ślubu. Ludwik miał odebrać Zenonie rewolwer, miał go nabić jednym nabojem i wystrzelić do drzewa, aby zapobiedz możliwości samobójstwa. Po strzale zwrócił rewolwer Zenonie w przekonaniu, iż nie posiada ona więcej nabojów, tymczasem ona nabiła

go niepostrzeżenie ukrytym u siebie drugim nabojem i miała strzelić do siebie w pierś. W kilka minut po strzale nastąpiła śmierć Zenony. Ludwik zeznał dodatkowo, że Zenona objawiała już dawniej zamiar rzucenia się pod pociąg kolejowy. Odwlekanie ślubu z Zenoną usprawiedliwiał Ludwik brakiem stosownego dochodu i oczekiwaniem na mianowanie go urzędnikiem kolei.

Dnia 28. maja wykonali znawcy sądu powiatowego w B. Dr J. i Dr B. sekcyę zwłok Zenony, zaś dnia 30. maja wykonał piszący ponowną jej sekcyę z polecenia sądu krajowego.

Wynik pierwszej sekcyi był w streszczeniu następujący:

Zewnętrznie: Zwłoki kobiety długości 162 cm Na bluzce z przodu i po lewej stronie, 17 cm. poniżej kołnierzyka otwór nieregularny, $2^1/_2$ cm. długi, 1 cm. szeroki o brzegach strzępiastych, zaschniętą krwią zbroczonych. Na lewej przedniej połowie gorsetu i koszuli otwory analogiczne z otworem na bluzce. Na lewej połowie klatki piersiowej ponad V. żebrem, a 6 cm. na lewo od środkowej linii ciała rana okrągła, 1 cm. w średnicy licząca, o brzegach gładkich. Otaczające ją powłoki na przestrzeni srebrnego guldena pergaminowo zeschnięte. Od rany tej biegnie kanał w głąb klatki od góry i nieco zewnątrz ku dołowi, tyłowi i nieco wewnątrz.

Wewnętrznie: Mięśnie w około rany na klatce piersiowej krwią podbiegnięte. W dolnym płacie płuca lewego otwór, wiodący do kanału, przenikającego płat ten skośnie od góry i zewnątrz ku dołowi, tyłowi i wewnątrz. Na nasierdziu lewej komórki serca i w przedniej ścianie tejże 3 cm. niżej jej górnego brzegu, a 4 cm. od rowka podłużnego mieści się otwór okrągławy około $1^1/_2$ cm. szeroki kanału biegnącego w jamę serca w sposób podobny, jak poprzednio. Na tylnej ścianie komórki prawej serca, 2 cm. od dolnego i zewnętrznego jej brzegu mieści się otwór, około $1^1/_2$ cm. długi, nieregularny. Przegroda międzykomorowa i nitki ścięgniste przerwane, poszarpane. Na górnym brzegu 10. lewego żebra, 3 cm. od kręgosłupa w opłucnej żebrowej otwór podobny, wiodący do kanału, drążącego przez mięśnie tułowia ku dołowi nieco pod skórę grzbietu. W temże miejscu tkwi w tkance podskórnej nieco zniekształcony pocisk rewolwerowy, ołowiany o 9 mm. średnicy. Ściany całego kanału krwią podbiegnięte, brzeg górny 10. lewego żebra nadłamany, a wyrostek poprzeczny lewy odnośnego kręgu odłamany. W reszcie narządów nie stwierdzono zmian. Macica nieco powiększona odpowiada okresowi kończącej się inwolucyi poporodowej. W śluzie pochwowym n.e stwierdzono plemników.

Na podstawie tego wyniku sekcyi orzekli obaj znawcy zgodnie, że śmierć denatki nastąpić musiała w kilka minut po strzale wskutek silnego krwotoku do jamy osierdziowej i opłucnej lewej. Natomiast na pytanie, czy zaszło samobójstwo, czy też morderstwo, orzekli odmiennie. Zdaniem Dra B., opartem na wyniku próbnych strzałów, danych z krytycznego rewolweru, mogła sobie była denatka sama zadać ranę na ciele jej znalezioną, jużto przytykając lufę broni wprost do bluzki, lub oddaliwszy koniec lufki na kilka cm. od bluzki, zaczemby przemawiała stwierdzona na bluzce obecność licznych ziarn prochu. W chwili strzału mogła się była denatka nachylić piersią ku przodowi. Natomiast zdaniem Dra J. strzał śmiertelny zadała denatce ręka drugiej osoby, gdyż zadanie tej rany, czy to prawą, czy lewą ręką, było dla denatki niewygodne.

Obaj znawcy nie podali zachowania się rąk denatki co do ewentualnego zwalania ich sadzą.

Z powodu sprzeczności orzeczeń wykonana przez piszącego powtórna sekcya zwłok po ich ekshumacyi dała wynik ten sam. Dodatkowo stwierdzono bardzo skąpe i blade plamy pośmiertne na grzbiecie zwłok, wyraźne zaczernienie sadzą brzegu rany na lewej przedniej powierzchni klatki piersiowej i brak wszelkich obrażeń obu rąk, które były już czysto umyte przy złożeniu zwłok do trumny po pierwszej sekcyi.

Orzeczenie opiewało: Na podstawie powtórnej sekcyi można stanowczo orzec, że przyczyną śmierci stało się znaczne obrażenie serca i płuc z następowym znacznym krwotokiem, wywołane postrzałem, danym z broni palnej o jednolitym ołowianym pocisku większego kalibru i o naboju złożonym z prochu zwykłego. Ze względu na mniej korzystne warunki przy powtórnej sekcyi nie można rozstrzygnąć stanowczo pytania, czy strzał śmiertelny był zadany własną ręką denatki, czy też ręką drugiej osoby. Z uwagi na siedzibę rany, jej wejrzenie, świadczące, że strzał padł z pobliża, nie można wykluczyć możliwości samobójstwa.

Pierwotnie pociągnięto Ludwika do odpowiedzialności karnej o zbrodnię morderstwa, potem zaś tylko o występek, iż mimo objawionego zamiaru samobójstwa, nie zapobiegł jego dokonaniu przez Zenonę C.

III. Zagadkowa śmierć Anny R.

W połowie kwietnia 1905 przybyła do Krakowa Anna R., lat 20, wrzekomo należąca do tajnego stowarzyszenia w Królestwie i spędziła kilka dni w towarzystwie kilku młodych członków tegoż stowarzyszenia, przybyłych z Paryża, między nimi niejakiego K. na tajnych naradach. Dnia 16. kwietnia towarzystwo to, zabawiwszy się do późnej godziny w kawiarni, wybrało się nocą na przechadzkę przez Błonia ku Woli. Wedle zeznania potem do odpowiedzialności pociągniętych uczestników wycieczki, wydobył K. rewolwer, który w chwilę potem miał się znaleść w ręku Anny. Wyprzedziwszy na kilka kroków swych towarzyszy, miała Anna strzelić z niego do siebie, wypowiadając słowa: »Patrzcie, tak się strzela do siebie«. Po strzale wezwano pomocy z okolicznych domów i pogotowia ratunkowego, która jednak była już bezowocną. Dnia 17. kwietnia 1905 dokonana sekcya zwłok Anny dała następujący wynik:

Zewnęrznie: Zwłoki dziewczyny dobrze zbudowanej i odżywionej 148 cm. długie. Plamy pośmiertne na miejscach zwykłych dosyć skąpe i mało rozległe. Stężenie pośmiertne wszędzie utrzymane. Powłoki ciała woskowo-blade.

Na ciele mieszczą się następujące ślady obrażeń: a) Na skroni prawej blisko granicy porostu włosów rana owalna, nieco skośnie od góry i tyłu ku przodowi biegnąca, 2 cm. długa, 1 cm. w środku rozwarta, obficie krwią w otoczeniu zaschniętą pokryta. Krew ta zeschnięta powleka także policzek prawy tuż przy małżowinie usznej prawej i prawą połowę powłok czoła. Brzegi rany krwią podbiegnięte, zeschnięte. W dalszym ciągu brzeg jej przedni nieznacznie czarno, jakby sadzą, powalany. Rana ta drąży w głąb czaszki. b) Obie powieki oka prawego obrzmiałe. Pod spojówką gałki ocznej prawej surowiczo obrzękłej w zewnętrznym kwadrancie mieszczą się 2 podbiegnięcia krwawe, wielkości ziarna grochu. c) Oba otwory nosowe wypełnione skrzepłą krwią, która w dalszym ciągu pokrywa lewy policzek. d) W środku zewnętrznego brzegu przedramienia prawego plama wielkości korony, blado-różowa, u górnego jej końca drobna ranka, jakby od ukłucia igły. Po nacięciu tkanka podskórna, w głębi ćmawa, wydziela woń eteru. e) Palec wielki, oraz wskazujący, ręki prawej więcej po stronie dłoniowej nieznacznie czarnym pyłem zwalany. f] Włosy w otoczeniu rany na skroni prawej nie przedstawiają zmian makro- i mikroskopowych, zresztą na ciele żadnych śladów zewnętrznego obrażenia.

Wewnętrznie: Powłoki czaszki po stronie wewnętrznej w najbliższem otoczeniu rany, opisanej pod a) na przestrzeni małej dłoni ciemną krwią podbiegnięte. Toż podbiegnięcie krwawe przenika mięsień skroniowy i sięga pod okostną. W kości czaszki na granicy połączenia się kości skroniowej prawej, prawego wielkiego skrzydła kości klinowej i kości czołowej znajduje się otwór, nieco nieregularnie owalny, 8 mm. średnicy liczący, o zewnętrznych brzegach ostrych, wewnętrznych zaś terasowatych, czarną sadzą dookoła powleczony. Opona twarda w temże miejscu o podobnym co do rozmiaru otworze na powierzchni swej wewnętrznej wyraźnie sadzą powalana. W środkowem zagłębieniu prawem podstawy czaszki obfite skrzepy częścią wiotkie ciemne, częścią zbitsze i więcej brunatne, wśród nich nieregularny odłamek kostny około $^1/_2$ cm. długi, zaczerniony sądzą i półobrączkowaty odłamek ołowianej kuli. Prawe małe skrzydło kości klinowej złamane, a koło prawego brzegu

trzonu kości klinowej biegnie kanał ku przodowi i kończy się przed oczodołem prawym. Między oponą twardą a miękką po stronie prawej, oraz pod oponami miękkiemi, zwłaszcza prawej półkuli mózgowej obfite wynaczynienia ciemnej krwi. Podbiegnięcia te sięgają na obie, zwłaszcza prawą półkulę móżdżku, oraz most Varola i rdzeń przedłużony. Mózg prawidłowo ukształcony i zbity, w krew średnio zasobny o komórkach prawidłowych, okazuje przedni odcinek podstawy prawego płatu skroniowego i tylny odcinek podstawy płatu czołowego prawego poprzecznie rowkowato zmiażdżone i krwią podbiegnięte. Po oddłutowaniu siodełka tureckiego stwierdza się koniec kanału z tkwiącą w jego głębi tuż przy szczelinie oczodołowej górnej resztą zniekształconego pocisku ołowianego. Kość skalista lewa w zewnętrznym odcinku poprzecznie pęknięta, a pęknięcie to przechodzi i gubi się w kości czołowej po stronie lewej i w części sutkowej lewej kości skroniowej. Zresztą sklepienie i podstawa czaszki nieuszkodzone.

Krtań i tchawica z przodu rozcięte, zawierają sporą ilość krwawego płynu. Oba płuca wolne. Opłucne gładkie z kilku drobnemi wynaczynionkami, wszędzie powietrzne, na przekroju blade, w krew mało zasobne. W grubszych oskrzelach treść krwawa.

Worek osierdziowy i nasierdzie gładkie, cienkie. Serce prawidłowo wielkie, zawiera nieco krwi płynnej. Zastawki, wsierdzie i błona wewnętrzna tętnic gładkie, lśniące. Mięsień serca jędrny, blady.

Wątroba górną powierzchnią nieprawidłowo z przeponą licznemi zrostami złączona, podobnie jak śledziona, oraz obie nerki, prawidłowo wielka, w krew dość zasobna, jędrna.

Język, gardło, połyk bez zmian. W żołądku skąpa treść płynna o wyraźnej woni alkoholu, błona jego śluzowa blada. Jelita cienkie i grube zawierają swoistą treść, błona ich śluzowa blada, bez zmian. Moczowody drożne. Pęcherz moczowy próżny, blady. Macica prawidłowo wielka, błona jej śluzowa blada, obie trąbki rozdęte; lewa śluzowym płynem, prawa żółtą gęstą treścią wypełniona. W lewej błona śluzowa blada, w prawej żywo nastrzykana, czerwona. Pochwa dziewiczo pofałdowana, błona dziewicza zachowana, płatowo-strzępiasta. Przedsionek nieuszkodzony. Otrzewna ścienna i jelitowa gładka, cienka, blada.

Kości tułowia i kończyn nieuszkodzone.

Orzeczenie: Przyczyną śmierci stało się zmiażdżenie mózgu i krwotok śródczaszkowy, wywołane postrzałem zadanym z broni palnej, n. p. rewolweru, jednolitym pociskiem ołowianym. Wobec znacznego krwotoku czaszkowego, pęknięcia czaszki i uszkodzenia mózgu pomoc lekarska nie była zdolna zapobiedz zejściu śmiertelnemu, które musiało szybko nastąpić.

Z uwagi na usadowienie rany postrzałowej w skroni prawej, na osmalenie sadzą brzegów rany i kanału postrzałowego, dowodzące, iż strzał ugodził denatkę z blizka, wreszcie z uwagi na osmalenie sadzą palca wielkiego i wskazującego ręki prawej nie sprzeciwia się na podstawie doświadczenia sądowo-lekarskiego nic przyjęciu samobójstwa.

Części płciowe denatki dziewicze, nie przedstawiały żadnych śladów, zwłaszcza świeżo dokonanego obcowania płciowego.

Zmiana opisana pod d) jest następstwem wstrzykiwania eteru w celach ratunkowych.

Świadków zajścia ukarano za występek zaniedbania przeszkodzenia samobójstwu i za niedozwolone noszenie broni. Tymczasem w czasie głośnej rozprawy przeciw redaktorowi dziennika »Naprzód« o obrazę czci, przeprowadzonej wskutek oskarżenia wniesionego przez J. Borowską wyszło na jaw, że ś. p. Anna miała zginąć z ręki K., który ją miał wobec tajnego komitetu w Paryżu obwinić o zdradę związku. Sąd związku miał wydać na nią karę śmierci i miał polecić K. wykonanie go. Tymczasem, jak wiadomo, znalazł się potem K. na liście ajentów-prowokatorów, ogłoszonej przez Bakaja i Burcewa.

IV. Uwagi epikrytyczne.

Powyższe trzy opisane przypadki mają dwie wspólne cechy, t. j. jednę i tę samą przyczynę śmierci, mianowicie ranę postrzałową i to, że śmierć ofiar nastąpiła w obecności jednego świadka w dwóch pierwszych przypadkach, względnie w obecności kilku świadków w trzecim przypadku. Ta ostatnia okoliczność musiała obudzić podejrzenie, że nie zachodzi samobójstwo, lecz zbrodnia, albowiem, jakkolwiek doświadczenie sądowo-lekarskie zna notoryczne przypadki samobójstwa przez postrzał, dokonane wobec świadków, przecież większość samobójców odbiera sobie życie na osobności. Pod tym względem mogło być podejrzenie zbrodni mniej uzasadnione w trzecim przypadku, ile że popełnienie jej wobec większej liczby świadków wydać się musi mało uzasadnione zwłaszcza, jeżeli się nie uwzględni wyjątkowych okoliczności, jakie miały w myśl późniejszych rewelacyi zachodzić w tym przypadku, t. j. że świadkowie zajścia, związani wspólnością celu, mieli być wykonawcami wyroku tajnego sądu.

Pomijając te okoliczności, w chwili ekspertyzy lekarskiej przeważnie nieznane, należy się zastanowić nad czynnikami tymi, które ekspertyza lekarska powinna była uwzględnić i na nich się oprzeć.

Otóż wiadomo, że w przypadkach gwałtownej śmierci ucieka się znawca przy roztrząsaniu pytania, co do możliwej winy drugich osób, do wyników ogólnego doświadczenia. Doświadczenie to bowiem poucza, że pewne sposoby zadania gwałtownej śmierci bywają wyłącznie wybierane przez zbrodniarzy, a nigdy, lub tylko wyjątkowo, przez samobójców. Broń palna stanowi wedle odnośnego doświadczenia zwykłe śmiercionośne narzędzie samobójców, a wyjątkowo tylko morderców, gdyż użycie jej łączy się z hukiem a huk, jak trafnie zauważają Casper i Liman, jest zdrającą. Pomijając przypadki tak zwanego podwójnego samobójstwa, t, j. morderstwa popełnionego przez jedną osobę na drugiej za jej zgodą zwykle i wolą, a następnie samobójstwa samego mordercy, są przypadki zwykłych morderstw przez postrzał rzadkie. Wedle zestawienia Schäfera[2]) z r. 1894 przypadło 25 morderstw przez postrzał na 771 samobójstw, bronią palną dokonanych, wedle zestawień Stappenbecka[3]) odsetka morderstw przez postrzał wynosiła 5, odsetka samobójstw 41, wedle wreszcie statystyki pruskiej za rok 1900 pierwszej przypadła odsetka 7·5, drugiej 12·5[4]). Według zestawień statystycznych Hofmanna[5]), Strassmanna[6]) i Puppego[7]) samobójstwu przez postrzał przypada już trzecie miejsce, wedle statystyki naszego zakładu sądowo-lekarskiego nawet drugie miejsce. Jak więc z tych danych przez doświadczenie wynika, była w opisanych trzech przypadkach wskazana ostrożność oceny, gdyż choć samobójstwa przez postrzał są bardzo częste, zdarzają się przecież przypadki śmierci z postrzału, zadane ręką drugiej osoby.

Ekspertyza musi tedy w takich przypadkach sięgnąć do innych kryteryów. Okoliczności, tyczące się miejsca czynu i czasu były we wszystkich trzech przypadkach bez znaczenia dla rozstrzygnięcia pytania w kierunku winy. Brakło również śladów innych obrażeń na ciele zwłok, któreby, jako ślady walki wytłómaczone, przemawiały za winą trzecich osób. Jednem słowem mogły w opisanych trzech przypadkach rozstrzygać pytanie w kierunku samobójstwa lub zbrodni tylko cechy samego śmiertelnego zranienia, a mianowicie jego usadowienie, wejrzenie i kierunek kanału. Usadowienie rany postrzałowej było we wszyst-

kich trzech przypadkach takie, jakie się zauważa zwykle w przypadkach notorycznego samobójstwa. A jeżeliby nawet usadowienie rany postrzałowej na ciele Dra Lewickiego uznało się za atypowe o tyle, że rana mieściła się na granicy między skronią a guzem czołowym, to i tak szczegół ten nie może stanowić dowodu, wykluczającego możliwość samobójstwa, jak to słusznie zaznacza w ostatnich czasach Rehberg[8]): »Die Bedeutung eines abnormen Einschusses lässt sich dahin zusammenfassen, dass er bei Selbstmord zwar selten ist, aber sehr wohl bei Schädelschüssen vorkommen und mitunter auch motivirt sein kann, und dass ihm daher allein eine entscheidende Beweiskraft gegen Selbstmord nicht zukommt«. W przypadkach w istocie atypowego usadowienia rany postrzałowej na ciele, a za takie nie może jeszcze uchodzić usadowienie rany śmiertelnej na głowie Dra L., musi się zdaniem Maschki, jeśli się ma wykluczyć możliwość samobójstwa, wykazać, że denat nie był w stanie sam dosięgnąć ręką uzbrojoną w broń palną miejsca śmiertelnie zranionego. Tymczasem co do ran postrzałowych głowy postulat Maschki jest bez znaczenia, gdyż, jak to słusznie zaznacza Rehberg: »beim Selbstmord am Schädel ist jeder Einschuss möglich und auch bereits beobachtet«, a w końcu swej pracy zamieszcza tezę: »Die Lage des Einschusses kann Selbstmord nie ausschliessen«.

Przebieg kanału postrzałowego jest słusznem zdaniem Rehberga w tej mierze również bez znaczenia, gdyż nie dozwala on w żadnym przypadku wysnuć pewnego wniosku co do kierunku, w jakim był zadany strzał. Zresztą kierunek kanału postrzałowego w zwłokach ś. p. Dra L. i ś. p. Anny R. był takim, jakim on bywa w przypadkach niemal codziennych samobójstw przez postrzał. Kierunek zaś kanału postrzałowego na zwłokach ś. p. Zenony nie wykluczał możliwości zadania sobie tej rany ręką prawą lub lewą denatki.

Jedynym szczegółem, który pozwala wykluczyć samobójstwo, jest możność wykazania, że strzał śmiertelny zadany był z takiej odległości, która dla ręki denata była niedostępna. W każdym więc przypadku rany postrzałowej jako przyczyny śmierci, musi znawca dochodzić, czy strzał zadany był z bliska, to jest, czy mógł być zadany ręką denata, czy też padł z odległości dla ręki jego niedosiężnej. Znane dostatecznie cechy rany zadanej strzałem z pobliża, stanowią niezbity dowód takiego strzału, jeżeli tylko wogóle cechy te w istocie zachodzą, albowiem znanem jest dostatecznie, że cech tych można nie znaleść, mimo iż strzał był zadany z bliska. Stąd też, słusznem zdaniem Rehberga, brak tych cech nie pozwala jeszcze bezwzględnie wykluczyć możliwości strzału z pobliża. Przypadki braku tych cech mimo postrzału z pobliża podaje Rehberg tak z odnośnego piśmiennictwa, jak i z kazuistyki zakładu sądowo-lekarskiego w Berlinie. W drugim i trzecim przypadku, opisanym tu przezemnie, dały się stwierdzić zaczernienia sadzą brzegów rany, jako dowody małej odległości, z której musiał paść strzał śmiercionośny, wobec czego odpadło ostatnie kryteryum, któreby dozwoliło wykluczyć w nich możliwość samobójstwa.

W przypadku śmierci ś. p. Dra L. nie brakło również cech postrzału z pobliża, a nawet były one, pomimo użycia browninga z ładunkiem złożonym z bezdymnego prochu, o wiele wyraźniejsze, niż w dwóch dalszych omówionych przypadkach, w których wchodziły w grę zwykłe rewolwery z ładunkiem, złożonym ze zwykłego, wiele sadzy dającego prochu. Cechy te dozwoliły nawet określić na podstawie odpowiednich doświadczeń z krytycznym browningiem w przybliżeniu odległość, z jakiej mógł był paść strzał dla ś. p. Dra L. zabójczy.

Ponieważ cechy postrzału z pobliża zadanego z nowoczesnej broni o ładunku złożonym z bezdymnego prochu są jeszcze mało znane, przeto nie od rzeczy będzie omówić je na podstawie naszego doświadczenia łącznie z wynikami badań, podjętych w tym względzie przez W. Meyera [9]).

Zasadniczą różnicę między postrzałem z pobliża, zadanym nabojem złożonym z prochu zwykłego, a bezdymnego, stanowi jakość i natężenie osmalenia sąsiedztwa rany sadzą. Gdy wedle Meyera proch zwykły daje osad sadzy jeszcze przy strzale z odległości jednego metra, to proch bezdymny nie daje go już przy strzale z odległości połowy metra. Zarazem ma osad sadzy prochu bezdymnego zabarwienie jaśniejsze, szare w przeciwieństwie do czarnego zabarwienia osadu sadzy zwykłego prochu. Osad sadzy zwykłego prochu daje się zupełnie i z łatwością usunąć zapomocą wody, osad sadzy prochu bezdymnego zwykle przy pomocy mydła z trudnością tylko i często niezupełnie. Proch bezdymny nie wywołuje wbicia się w otoczenie rany ziaren niespalonych, jak to czyni proch zwykły, natomiast zauważa się tylko naloty biało-szare, w powierzchni skóry utwierdzone. Takie naloty znaleźliśmy w otoczeniu rany śmiertelnej na zwłokach Dra L., a po ich usunięciu stwierdziliśmy w tych miejscach powierzchowne wynaczynionki. Szare osmalenie sadzą otoczenia rany uzyskiwał Meyer po strzale z pistoletu browninga tylko wtedy, gdy strzał godził najwyżej z odległości 5 cm., wspomniane zaś naloty jeszcze przy strzale z odległości 10 cm.

Ten wynik doświadczeń Meyera potwierdziły także nasze doświadczenia, wykonane z Drem Jankowskim przy pomocy browninga Dra L. Jeźli jednak w orzeczeniu naszem mimo braku osmalenia sadzą otoczenia rany Dra L. oświadczyliśmy się za odległością 5 cm., z której mógł był paść strzał krytyczny, to oświadczenie nasze oparliśmy na doświadczalnie oznaczonej przestrzeni rozrzucenia nalotów prochu i na tym śledztwem stwierdzonym fakcie, że rana śmiertelna Dra L. była wielokrotnie ścierana i opatrywana, zatem nieznaczny osad sadzy mógł być przytem zmyty. Dodać tu trzeba, że wedle Meyera osad sadzy niektórych gatunków prochu bezdymnego daje się zmyć, przyczem naloty mimo to mają pozostać nieusunięte, jak to właśnie było u Dra L.

Zgodnie z wynikiem oględzin rany śmiertelnej Dra L., której brzegi nie były oparzone, ani też włosy koło niej w sposób właściwy działaniu wysokiej ciepłoty zmienione, nie znajdował Meyer ani śladów oparzenia, ani znanych zmian we włosach po strzale, danym przy pomocy prochu bezdymnego, nawet wtedy, gdy broń była prawie do celu swego przyłożona. W tem zjawisku dopatruje się Meyer słusznie zasadniczej różnicy między działaniem prochu zwykłego a bezdymnego, a zachowanie się powyższe prochu bezdymnego tłómaczy częścią tem, że proch bezdymny spala się nader szybko w lufie broni, a spalenie

jego dobiega do końca w chwili, gdy pocisk opuszcza broń, częścią zaś tem, że następuje tu szybkie oziębienie się gazów wybuchowych, których ciepłota w chwili zapalenia się prochu wynosi około 2000° C. Zdaniem Meyera ważne jest mimo to badanie mikroskopowe włosów z najbliższego otoczenia rany, zadanej z broni nabitej prochem bezdymnym, albowiem nawet wtedy, gdy na skórze niema żadnych zmian, włosy okażą się pokryte mniejszymi i większymi, bezkształtnymi szarymi grudkami (nalotami), nadającymi włosom wejrzenie piły. Grudek takich przy badaniu mikroskopowem włosów z brwi Dra L. nie znaleźliśmy wcale. Również wypadło badanie nasze krwawego wodnego wyciągu tkanek z najbliższego otoczenia rany Dra L. w kierunku obecności tlenko-węglowej hemoglobiny (objaw A. Paltaufa) ujemnie, co nas tem mniej nie uderzało, że n. p. Puppe [10]) zaznacza, iż dodatni objaw Paltaufa przy notorycznych postrzałach z pobliża wydarza się rzadko, a Puppe zaledwie raz go tylko wogóle uzyskał. Tymczasem Meyer uzyskał dodatni objaw Paltaufa w 60% swych doświadczeń z strzałami, dawanymi z broni nabitej prochem bezdymnym. Objaw ten, już makroskopowo nieraz widoczny (krążek jasno-czerwony dookoła początkowej części kanału postrzałowego) bywał, zdaniem Meyera, najwyraźniejszy po strzale z odległości 2 cm., po strzałach z browninga z odległości większej, niż 5 cm. bywał on niestałym. Jakkolwiek ten ostatni szczegół, że objaw Paltaufa po strzale z browninga, padającym z odległości większej, niż 5 cm., bywa niestałym, przemawiałby w przypadku naszym śmierci Dra L. za tem, że strzał ugodził Dra L. z odległości większej, niż 5 cm., skoro objaw Paltaufa nie dał się stwierdzić, to przecież oznaczenie odległości tego strzału w orzeczeniu naszem na 5 do 6 cm. na podstawie rozległości rozrzucenia nalotów prochu nie było jeszcze nieuzasadnione, albowiem sam Meyer co do wartości znaczenia objawu Paltaufa oświadcza w końcowych swych uwagach wyraźnie: »Das Fehlen desselben (objawu Paltaufa) spricht aber durchaus nicht gegen einen Nahschuss«.

Na jeden szczegół zwraca jeszcze Meyer uwagę co do nowoczesnej broni. Powiada on w końcu swej rozprawy: »einen bösen Verräter können die leeren Hülsen der automatischen Pistolen, Browning u. s. w. abgeben, da sie selbsttätig nach dem Schuss aus der Kammer harausgeschleudert werden und einige Schritte seitwärts liegen bleiben. Unter Umständen kann aus der Lage der Hülse ein Schluss auf den Standpunkt des Schützen gezogen werden«. Na szczegół ten zwróciliśmy też uwagę naszą w przypadku śmierci Dra L. Zaraz przy pierwszych sądowo-lekarskich oględzinach miejsca czynu znaleziono łuskę naboju, który zadał śmierć Drowi L., przy ścianie za otomaną. Wedle wyników późniejszych doświadczeń z tą samą bronią należało przyjąć, że strzał, po którym łuska automatycznie w powyższe miejsce odrzuconą została, mógł być zadany w skroń zmarłego w chwili, gdy Dr L. leżał na otomanie z twarzą ku ścianie, a więc że nie mógł był paść w czasie zajmowania przez Dra L. pozycyi siedzącej, jak to utrzymywała obwiniona. Z tego umieszczenia łuski wystrzelonego naboju możnaby było w danym przypadku wnosić, że strzał padł w chwili, gdy denat spał, a więc że strzał zadała ręka drugiej osoby. Niestety wniosku tego nie mogliśmy stanowczo wysnuć, a to dlatego, że przed dokonaniem oględzin, w czasie których łuskę w oznaczonem miejscu znaleziono, szereg osób już przesunął się był przez sypialnię Dra L. jako przez miejsce czynu, oraz że właśnie z miejsca znalezienia tej łuski usunięto nieopatrznie poprzednio siennik, na którym w czasie zajścia spał pies denata. Tak więc nie można było wykluczyć tej możliwości, że łuskę krytycznego naboju przesunięto w miejsce jej znalezienia już później przypadkowo i niepostrzeżenie, że zatem spoczęła ona w tem miejscu nie zaraz po strzale, a tylko w tym ostatnim razie, gdyby dowiedzionem było, że łuska padła w to miejsce po strzale, dowodziłaby ona śmierci Dra L. z ręki zbrodniczej.

Okoliczność powyższa dowodzi raz jeszcze w sposób dosadny, jak ważną jest rzeczą, aby oględziny miejsca czynu były jak najwcześniej dokonywane przez komisyę sądowo-lekarską i aby do czasu jej przybycia zapobieżono wejściu osób innych i usuwaniu, względnie przemieszczaniu przedmiotów w miejscu takiem znajdujących się. Kazuistyka odnośna uczy dosadnie, do jak fatalnych następstw prowadzi tak nieopatrzne postępowanie na miejscu przed przybyciem komisyi śledczej.

Piśmiennictwo. 1) H. Gross: Kriminalistische Tätigkeit und Stellung des Arztes w Dittricha Handb. der ärztl. Sachverständigen-Tätigkeit. T. I. Wien. Leipzig, 1908. S. 277. — 2) Vierteljschr. f. gerichtl. Med. T. 19. 1900. — 3) i 8) Ibidem. 1910. T. 39. — 4) Lochte: Beiträge zur Unterscheidung von Mord und Selbstmord. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1910. Nr 12. — 5) Lehrb. d. gerichtl. Med. VII. Aufl. Wien, Leipzig. 1895. — 6) Lehrb. d. gerichtl. Med. Stuttgart, 1895. — 7) Schmidtmann: Handb. d. gerichtl. Med. Berlin, 1907. T. II. — 9) Vierteljschr. f. gerichtl. Med. 1909. T. 35.

Oceny i sprawozdania.

Adam Wrzosek. **Jędrzej Śniadecki.** Życiorys i rozbiór pism. T. I. str. 331, T. II. str. 406. Kraków, 1910. Nakładem Akademii Umiejętności.

Nareszcie wybitna postać Jędrzeja Śniadeckiego doczekała się wybitnej monografii. Dwutomowe dzieło prof. Wrzoska, nagrodzone przeszło rok temu w rękopisie przez Akademię Umiejętności, wydrukowane jednak dopiero niedawno, kładzie raz na zawsze kres wypowiadaniu dowolnych sądów, ogólników i frazesów, jakie aż do tej pory wychodziły z pod prasy bądź w dziennikach, bądź w naukowych rozprawach na temat Jędrzeja Śniadeckiego. Pod względem gruntowności badania, ścisłości wywodów i wszechstronności opracowania wszechstronnej działalności Sniadeckiego monografia Wrzoska jest poprostu znakomita.

Szczególnie podnieść i podkreślić należy rzecz, pozornie nietrudną, przygodnemu czytelnikowi nawet w oczy nie wpadającą, a jednak wymagającą największego nakładu pracy i zasobu twórczości i najważniejszą, mianowicie metodę opracowania historycznego. Przeważna część wychodzących u nas i zagranicą rozpraw z historyi medycyny poprzestaje na zbieraniu materyałów historycznych, na pracy analitycznej. Jednakże to jest dopiero połowa roboty, nie znamionująca jeszcze historyka. W drugiej połowie dopiero musi historyk wyprowadzić z zebranego materyału wszystkie wnioski, jakie są do wyprowadzenia, i, o ile one tworzą jednolity temat, dokonać z nich syntezy i przedstawić całość w jednolitym obrazie, genetycznie, na pewnem tle historycznem. I to jest naprawdę rzecz najtrudniejsza. Lekarz przyrodnik, przyzwyczajony do zupełnie innej drogi myślenia, musi się raz przełamać, zanim uchwyci właściwy

bieg opracowań historycznych. I dlatego właśnie, że historyczna metoda, stosowana od lat kilkudziesięciu w monografiach ogólno-historycznych, jest dla lekarza rzeczą trudną i w rozprawach z historyi medycyny rzeczą rzadką, dlatego metodę tę należy szczególnie podkreślić w monografii o Jędrzeju Śniadeckim.

Zapewne, nie było jeszcze recenzenta, któryby się we wszystkiem zgodził z autorem, jak też i nie było jeszcze autora, któryby stworzył rzecz wszechstronnie doskonałą. Chcę poruszyć tu tylko parę rzeczy ogólniejszych.

Czytając po raz pierwszy jednym tchem zajmujące dzieło, widzi się może, że niektóre rzeczy lepiejby było umieścić nie w głównym tekście, ale na dole w przypiskach, te mianowicie, które nie tworzą bezpośrednio głównego tematu dzieła. Przez to postać Jędrzeja Śniadeckiego wypadłaby tylko plastyczniej. Do takich rzeczy należy n. p. porównanie skąpca Bieńkuńskiego do Pluszkina, postaci z »nieśmiertelnego dzieła Gogola »Martwe dusze« (I. 145), albo opis na trzech stronicach stosunku miłosnego pani Chołoniewskiej z bratem Jędrzeja Janem Śniadeckim (I. 236—239). Miałem przy czytaniu wrażenie, że to odrywa uwagę czytelnika od postaci bohatera.

Tym samym sposobem wpada w oczy pewna niejednolitość charakterystyki, pisanej w różnych czasach. Nie można bowiem raz powiedzieć »Śniadecki nie chwytał przedwcześnie za pióro; we wszystkich jego pismach naukowych widać umysł autora zrównoważony, sąd o rzeczach dojrzały« (I. 45); a gdzieindziej znowu mówić »Snać pospieszył się Śniadecki z ogłoszeniem wyniku swych badań, gdyż wkrótce się okazało, że (odkryty przezeń metal) vesticum wcale nie istnieje, rzekome zaś odkrycie Śniadeckiego polegało na jakimś błędzie w analizie« (I. 109). Przecież Śniadecki, dopuszczając się tej pomyłki, miał lat 40, więc był w okresie, ważnym w charakterystyce.

Z drugiej strony zdaje mi się, że autor dzieła nie powiedział nam wszystkiego, co myślał o Śniadeckim. Nie wierzę w to, żeby autor miał nie próbować charakterystyki Śniadeckiego ze stanowiska patologii. Bo cóż to był za dziwny człowiek ten Śniadecki, który ciągle chorował, wiecznie kwękał, myślał często o śmierci, a mógł tyle i tak wszechstronnie pracować i ostatecznie przeżył lat 70? Jakaż to choroba tak go często trapiła? Tego pytania autor wcale nawet nie postawił. A szkoda. Wszak jesteśmy w medycynie i mówimy o lekarzu, więc choroba nas obchodzi. Ja osobiście, czytając dzieło, miałem ciągle wrażenie, że Jędrzej Śniadecki, to był porządny neurastenik. I to była, zdaje się, jego główna choroba, występująca, jako częsty ból głowy, ogromna wrażliwość, częste zajmowanie się swoją chorobą, czasem prawie hypochondrya. Do tego mogły się przyłączać inne choroby, może tylko krótkotrwałe: żółtaczka z powodu kamicy (»zapadł na żółtaczkę z niezmiernemi w kiszkach bolami« I. 125), fluksye z powodu zepsutych zębów i in. Żeby na to pytanie dać wyczerpującą odpowiedź, trzebaby zapewne mieć znowu w ręku cały istniejący po świecie materyał o Śniadeckim. I szkoda może, że autor więcej nie wydał, gdyż nawet wiadomości, co Śniadecki jadał, pominięte z umysłu przez autora, mogłyby się tutaj nam przydać do dalszej charakterystyki.

Na jedno jeszcze nie mogę się żadną miarą z autorem zgodzić. Ocenę całej działalności Śniadeckiego, jako klinicysty, autor kończy w następujący sposób: »Gdybyśmy mogli cudem wskrzesić Śniadeckiego z temi wiadomościami, z jakiemi poszedł on do grobu, i gdybyśmy mu teraz powierzyli kierownictwo kliniki chorób wewnętrznych, to przy wielkim jego talencie w wynajdowaniu wskazań leczniczych i przy jego prostocie w leczeniu, pomimo, że nie byłby on świadom postępu medycyny praktycznej, jaki w ostatnich siedmiu dziesiątkach lat zaszedł, zapewne wyniki lecznicze miałby nie o wiele gorsze, aniżeli te, jakiemi mogą pochwalić się współczesne kliniki chorób wewnętrznych (II. 243)«.

Autor miał w ręku ośmdziesiąt kilka historyi chorób z kliniki Śniadeckiego, więc wnosi z dużego materyału, którego ja przed sobą nie mam. Może w całym materyale są dane, uprawniające do powyższego wniosku, w tem jednak, co autor w swem dziele wydrukował, są raczej dane, dowodzące przeciwnie. Z siedmiu historyi chorób, podanych w dodatkach, w pierwszym przypadku, rozpoznanym, jako »pleuropneumonia«, chory 15-letni chłopiec w trzecim dniu choroby miał puszczoną z ręki krew w ilości 240 gramów i dostał kalomel po 0.12 co dwie godziny proszek. Czwartego dnia rano tętno było 140 i wobec tego choremu puszczono znowu 180 gm. krwi. Wieczorem tętno spadło do 120 i chory skarży się na upadek sił. Tu chory mógł być blizki porażenia serca. Jeżeli to nie nastąpiło, to w każdym razie wątpić trzeba, czy rzeczywiście uratował go przepisany zaraz emetyk (»tartarus stibiatus miserum salvavit« — pisało się w klinice Śniadeckiego). Uratował go zdrowy mięsień sercowy. A przy terapii dyetetycznej z pilnowaniem serca bez puszczania krwi, kalomelu i emetyku wynik byłby jeszcze lepszy, gdyż nie narażanoby chorego na osłabienie, przewodu pokarmowego na zepsucie, a serca na porażenie.

W podobny sposób była leczona i druga choroba »peripneumonia«.

W trzecim przypadku »phthiseos tuberculosae incipientis« dzisiejszy klinicysta zastosowałby terapię klimatyczno-dyetetyczną, a nie emetyk, i miałby lepsze i trwalsze wyniki, niż Śniadecki, którego chory wkrótce umarł.

Czwarta choroba, rozpoznana jako »carditis acuta«, nie daje żadnej gwarancyi skutecznego leczenia, gdyż choroby serca skutecznie można leczyć tylko przy bardzo starannem uwzględnianiu stanu czynności serca, o czem Śniadecki z rozpoznaniem »carditis acuta« nie mógł mieć żadnego pojęcia.

Piąty przypadek »laryngotracheitis«, prawdopodobnie błonica, był leczony emetykiem i chory umarł. Dzisiejsza seroterapia daje lepsze wyniki.

W szóstym przypadku na podstawie silnego bólu głowy, stanu języka, przyspieszonego tętna, zatwardzenia, osłabienia, trudnego odpowiadania, szczególnego wyglądu i charakteru panujących chorób rozpoznano tyfus. Oczywiście przy takich podstawach rozpoznania o pomyłkę nie trudno.

Wreszcie w ostatnim przypadku w »historia plicae« dowiadujemy się, że u kobiety lat 46, która od 6 miesięcy nie ma regularności i od 6 miesięcy czuje się chora (nie może pracować, odczuwa bóle nieokreślone, miewa bóle głowy i t. d.) rozpoznano w klinice Śniadeckiego »diathesis plicosa« i polecono jej zapuścić kołtun. Mybyśmy dziś rozpoznali »climacterium«.

Śniadecki wogóle trzem czwartym swoich chorych puszczał krew, prócz tego najchętniej dawał kalomel i emetyk, innych środków rzadko używał (II. 218). Wobec tak wielkich różnic między medycyną Śniadeckiego a dzisiejszą, — twierdzenie, że Śniadecki miałby wyniki terapeutyczne nie o wiele gorsze, niż dzisiejszy klinicysta, jest według mego zdania zupełnie mylne.

To są zarzuty, które recenzent musiał uczynić autorowi; zresztą, zarzuty, które prawie giną w mnóstwie wysokich rzetelnych zalet monografii. Dzięki Wrzoskowi możemy uważać za rzecz dowiedzioną, że Śniadeckiego dzieło »Teorya jestestw organicznych« w przekładach obcych wywarło niemały wpływ na uczonych niemieckich, zwłaszcza na Jana Müllera, uważanego za twórcę dzisiejszej biologii. Wykazanie związków między nauką Śniadeckiego a nauką późniejszych uczonych niemieckich, przeprowadzone ściśle, rozważnie, bez cienia przesady, a z wielkim nakładem pracy i erudycyi, jest zdobyczą naukową ogromnej wartości.

I mnóstwo innych nowych a ważnych rzeczy dowie się czytelnik z monografii Wrzoska. Oto »Śniadecki był pierwszym w Polsce lekarzem, który stworzył systemat me-

dyczny, a do tego systemat oparty na pewnym fundamencie... Stąd posiada Śniadecki, jako patolog, duże w historyi medycyny polskiej znaczenie, które dotychczas było niemal całkowicie zapoznawane«.

Jednocześnie Wrzosek wykazuje nam nici, łączące myśli Śniadeckiego z myślami Chałubińskiego, a więc i z naszemi, rzecz ciekawa i ważna, bo mamy tym sposobem rodzimą tradycyę w medycynie, trwającą już prawie całe stulecie [II. 206 i nast.].

Rozbiór działalności publicznej Śniadeckiego, ukazując nam męża rzadkich cnót obywatelskich, sprawić może każdemu czytelnikowi prawdziwą rozkosz. Postać Śniadeckiego obywatela, chłoszczącego bez litości, choć z humorem, wady ojczyste, jest typem, który po wszystkie czasy godny będzie naśladowania.

Władysław Szumowski.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

K. Goldstein. **Polyglobulia i rozmięknienie mózgu.** (Med. Klinik. 18. IX. 1910). Autor opisuje przypadek, dotyczący chorego, dotniętego oddawna wiądem rdzenia, niezupełnie rozwiniętym, u którego w r. 1900 zjawiła się postępująca sinica nosa. W r. 1903 chory przebył lekki udar mózgowy bez utraty przytomności, w następstwie którego pozostały utrudnienie artykulacyi i niedowład. W r. 1906 zaczął chory chudnąć, cierpiał na zawroty głowy tak, że musiał pozostać w łóżku z powodu postępującego osłabienia kończyn po stronie lewej. Miewał też gwałtowne bóle głowy i napadowe wymioty. Sinica rozszerzyła się na całą twarz, przedramiona, ręce, gardło i język. Żyły po lewej stronie klatki piersiowej były rozszerzone. Po stronie niedowładnej stwierdzono osłabienie czucia. Chory okazywał ogólną apatyę. W r. 1909 odczuwał chory żywe bóle w ręce prawej, następnie zauważono szkarłatne plamy, pęcherze i strupy na plecach. Wątroba i śledziona były nieco powiększone, drugi ton nad tętnicą główną nieco zaostrzony. Tętnice sprychowe okazywały niewielkie stwardnienie. Parcie krwi było wzmożone; krew zawierała średnio 8 milionów ciałek czerwonych i 16,000 białych. Wśród tego wytworzyła się zgorzel palca wielkiego stopy; musiano go amputować. Chory coraz bardziej podupadał umysłowo, bywał podniecony i groził samobójstwem. Wreszcie zmarł w śpiączce po udarze mózgowym z porażeniem połowiczem prawem.

Badanie pośmiertne wykazało rozszerzenie i nastrzykanie naczyń krwionośnych w różnych narządach. Szpik kostny był czerwony, nie zawierał jednak krwinek czerwonych jądrzastych, których też nie było i we krwi. Stwierdzono wodogłowie zewnętrzne, ugniatające wyraźnie powierzchnię mózgowia, na którego oponie miękkiej były liczne miejsca opalizujące. W płacie skroniowym prawym było stare dość rozległe ognisko rozmięknienia, podobnie też w reszcie mózgowia były liczne drobne rozmiękłe ogniska. Komórki kory mózgowej okazywały tylko niewielkie zmiany. Z wyjątkiem prawej tętnicy zatoki Sylwiusza, żadna tętnica ani większa ani mniejsza nie okazywała zwężenia światła. Nie znaleziono też nacieków okołonaczyniowych, składających się z komórek plazmatycznych. Drobniuchne ogniska rozmięknienia wywołała tu zatem inna przyczyna. Autor dopatruje się jej w zatkaniu najdrobniejszych zakończeń tętniczych ciałkami krwi. W istocie u chorych na polyglobulię zostaje wzmożona lepkość krwi zrównoważona, co się tyczy jej obiegu, przez przerost serca, czego jednak w tym przypadku nie było. Zdaniem autora, nadmiernie liczne krwinki pozapychały zupełnie naczynia, czego wynikiem było i rozmiękanie ogniskowe tkanki mózgowia i pęcherzyki i zgorzel na kończynach. Stahr.

Fr. Bering. **Przyczynek do sprawy symbiozy kiły i gruźlicy.** (Med. Klinik. 25. X. 1910). Współistnienie kiły i gruźlicy w tych samych narządach nie jest rzadkiem zjawiskiem, jednakże niewiele znajdzie się przypadków w literaturze, dowodzących na pewno obecności tego mieszanego zakażenia. Z tego względu właśnie ciekawe są dwa przypadki, spostrzegane przez autora na klinice dermatologicznej w Kiel. Pierwszy przypadek tyczy się młodej 19-letniej kobiety, która od dzieciństwa miała nieco obrzękłe gruczoły karkowe, nigdy jednak gruczoły te nie sprawiały bólu, ani też nigdy nie okazywały objawów zapalnych. W kilka tygodni po porodzie zauważyła ta chora osutkę na całem ciele, która na przemian już to bladła, już to na nowo się zjawiała. W jaki rok potem obrzękł lewy gruczoł podszczękowy w ciągu 15 dni, przyczem zjawiły się bóle i zaczerwienienie skóry. Lekarz, do którego się chora zwróciła po poradę, naciął guz i wypuścił nieco gęstej ropy. W kilka tygodni później przyjęto chorą na klinikę i stwierdzono wtedy u niej wyraźne objawy drugorzędnej kiły (osutkę guzkową na udach, piersiach i brzuchu, kłykcinę na lewym migdałku, obrzęk charakterystyczny gruczołów w pachwinie, w pasze, na karku i w przegubie łokciowym i t. d.) obok twardego obrzęku gruczołów pod i za szczęką. Jeden z tych gruczołów wydobyto i w środku jego znaleziono zserowaciałe ognisko. Zaszczepienie kawałka tej zserowaciałej tkanki śwince morskiej dało wynik dodatni. — W drugim przypadku szło o 21-letniego mężczyznę, który w jakie 3 miesiące po zakażeniu się kiłą, okazywał obrzęk gruczołów podszczękowych, z początku po stronie lewej, a później po prawej. Po dniach pięciu dosięgnął obrzęk wielkości kurzego jaja i równocześnie zjawiła się gorączka, wahająca się między 38° i 39° C. Obrzęk ten nacięto i z wnętrza jego dobytą ropę i strzępy tkanki zaszczepiono śwince morskiej, z wynikiem dodatnim. W 3 miesiące później stwierdzono u chorego gruźlicze zajęcie obu szczytów płucnych. Należy zaznaczyć, że w obu przypadkach gruźlica u tych chorych pierwej się nie przejawiała. U pierwszej chorej istniał co prawda od lat dziecinnych nieznaczny obrzęk gruczołów karkowych, ale nigdy w nich nie toczyła się sprawa ostra. W drugim przypadku, zdaje się, sprawa gruźlicza w gruczołach rozwinęła się w toku kiły, przed zachorowaniem uznano bowiem chorego zdolnym do służby wojskowej. Autor skłania się do zdania, że zastosowanie rtęci u drugiego chorego od samego początku choroby przyspieszyło zropienie gruczołów. Gruźlica okazuje na ogół pod wpływem kiły zaostrzenie mniej lub więcej wyraźne. Stahr.

Römheld. **Niebezpieczeństwa leczenia jodem. Wrażliwość na jod. Jod-Basedow.** (Medizin. Klinik. 1910. Nr 49). B. przestrzega przed nieostrożnem podawaniem jodu, który, jak to wykazał niedawno Kader, nieraz wywołać może ukrytą chorobę Basedowa. Zwłaszcza wydarza się to u osób otyłych, u których w rodzinie jest wole lub choroba Basedowa, i u chorych na cukrzycę. Wywołana przez jod choroba zaczyna się biegunkami, podniesieniem ciepłoty i chudnięciem mimo wielkiego nieraz apetytu. Dawka jodu jest nieobliczalna. R. spostrzegał podobne objawy już po zewnętrznem użyciu jodu, np. w maści stosowanej na wole. Tak samo działać mogą także przetwory gruczołu tarczowego. Leczenie takie, jak w chorobie Basedowa; w przypadkach ciężkich surowica Möbiusa. K.

Rybak. **O własnościach, sposobie działania i wartości kalomelu jako leku wewnętrznego.** (Therap. Monatshefte 1910, IX. str. 501). Doświadczenie i spostrzeganie kliniczne doprowadziły autora w tej sprawie do następujących (na pewno przesadnych) wniosków: 1) Kalomel działa często nawet w małych dawkach, jak gwałtowna trucizna. 2) Dotychczas ogłoszono już 14 zejść śmiertelnych po stosowaniu zwykłych dawek kalomelu, w których stwierdzono zwykłe objawy zatrucia rtęcią. 3) Dlaczego kalomel, podawany nawet w zwykłych dawkach, może wywołać ostre zatrucie, niewiadomo, to też każdy chory, zażywający kalomel, naraża się na zatrucie. 4) Często podaje się kalomel

w zaparciu, chociaż nie jest on wcale skuteczniejszy, niż cały szereg innych, wcale nie niebezpiecznych środków przeczyszczających. 5) Działanie moczopędne kalomelu polega na podrażnieniu nabłonka nerkowego, co może wywołać nawet zwyrodnienie miąższowe. To działanie moczopędne najczęściej spotkać można w toku obrzęków, towarzyszących niewyrównanym wadom sercowym, — jednakże właśnie w tych samych przypadkach chorobowych zdarzały się zatrucia śmiertelne. 6) Działanie żółciopędne, przypisywane kalomelowi, zgoła nie istnieje. 7) Kalomel nie działa też wcale jako środek odkażający przewód pokarmowy. — Wogóle, zdaniem autora, kalomel powinien być zarzucony jako środek wewnętrzny. (Na taki wniosek niepodobna się zgodzić. Przyp. spraw.). Stahr.

Doc. Müller. **Stawonogi jako przenosiciele chorób.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 46). Stawonogi (arthropoda) zajmują lekarza pod wielu względami. Jedne, jak skorpiony, niektóre pająki i t. p. są jadowite, inne pasorzytują na człowieku, wywołując mniej lub więcej uciążliwe cierpienia. Nie brak też i pożytecznych, niszczących szkodliwe zwierzęta. W końcu dość obszerna grupa obejmuje stawonogi, przenoszące czynniki zakaźne. Chodzi tu zwykle o przewleczenie drobnoustrojów drogą mechaniczną, t. j. na kończynach, skrzydłach, szczękach, rzadziej o rozwijanie się w ciele stawonoga drobnoustrojów (n. p. pasorzyta zimnicy u samicy widlisza). — Drobnoustroje duru, cholery, czerwonki przenoszą często na człowieka muchy. ewent. osy i mrówki. Dlatego też w szpitalach należy tępić muchy, najlepiej nalewając na talerzyki mleko z dodatkiem formaliny. Znaną jest rzeczą, że przy zakażeniu morem odgrywają wielką rolę pchły. Pchła wysysa ze szczura do 5000 drobnoustrojów, które wykazać potem można w jej w żołądku. Gdy szczur padnie, w 24 godzin opuszczają pchły zwłoki i mogą żyć w głodzie 8—14 dni. Spotkawszy człowieka, osiedlają się na nim i zakażają go. Podobnie przenosi się cholera drobiu i wąglik owiec (przez wszy). Także krętki przenoszą najczęściej stawonogi, n. p. framboezyę przenoszą muchy, dur powrotny pluskwy, wszy i kleszcze. Świdrowce (trypanosoma) przenoszą pijawki i muchy (glossina palpalis) i t. p. Znamy także przenosicieli chorób, których właściwych drobnoustrojów jeszcze nie wykryto. N. p. żółtą febrę przenosi »stegomyia fasciata«, a gorączkę pappatari (rodzaj influenzy) »phlebotomus pappatari«, zaś gorączkę »dengue« »culex fatigans«. Chronienie się przed tymi owadami jest także najlepszą profilaktyką w tych chorobach. Podług ostatnich spostrzeżeń Nicollea z Tunisu można dur plamisty przenosić na małpy zapomocą wszy. Sambon twierdzi, że pellagra jest chorobą zakaźną (a nie zatruciem), przenoszoną przez muchę »simulium reptans«. Chorobę zwaną »verruga peruana« przenoszą także owady. Niektóre robaki przenoszone zotsają również za pośrednictwem stawonogów, n. p. tasiemce przez pchły psie, a motylice przez moskity. »Dracunculus medinensis« przenosi się na człowieka za pośrednictwem małych raczków z rodzaju »cyklops«, znajdujących się w wodzie do picia. W końcu swej pracy podaje wreszcie Müller dokładną tablicę najważniejszych stawonogów. K.

Netler. **Rzadkość stałego kalectwa u osób leczonych na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wstrzykiwaniami surowicy meningokokowej pod opony rdzeniowe.** (Soc. méd. des hopit. 1910, 22. VII.). Autor zbadał w rok po przebyciu choroby 63 osób, wyleczonych wstrzykiwaniami surowicy. Przeważnie (70%) wyleczeni nie okazują zgoła żadnych zmian. U sześciu tylko osób zdołał N. stwierdzić stale pozostałe zmiany chorobowe: u trojga osób zupełną głuchotę, u jednej głuchotę jednostronną, u jednej osłabienie wzroku, a raz porażenie z przykurczeniami. Pewna liczba powikłań, stwierdzonych w toku choroby, lub z początkiem okresu zdrowienia znikła bez pozostawienia śladu: dwa razy głuchota, raz zanik mięśni, trzy razy schorzenia stawów. Żaden osesek, poddany leczeniu swoistemu i wyleczony, nie okazywał ani śladu wodogłowia. N. zauważył, że u pewnej liczby chorych wystąpiły potem zmiany charakteru, czasem pewna przeczulica psychiczna, czasem opryskliwość i t. d., i to mniej więcej w 20% przypadków. Wogóle nie były te zmiany ciężkie i z czasem ustąpiły. Skuteczność surowicy przejawia się zatem zarówno w tem, że rzadziej pozostaje kalectwo po przebyciu choroby i rzadziej występują powikłania, jak i w tem, że objawy choroby nie osiągają tak wielkiego, jak dawniej, nasilenia i śmiertelność z choroby jest mniejsza. Stahr.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Ascarelli. **Leukocyty we krwi u osób zmarłych z uduszenia.** (Vierteljahrschr. f. ger. Med. T. 38. Z. 3). Doświadczenia na zwierzętach i badania zwłok topielców wykazały, że białe ciałka krwi ulegają przy śmierci z utopienia dwojakiej zmianie. Po pierwsze stwierdza się zwiększenie ilości ciałek białych jednojądrzastych, co występuje także przy innych rodzajach śmierci z uduszenia, np. przy powieszeniu. Tłómaczy się to wydaleniem leukocytów z narządów limfatycznych pod wpływem bodźca asfiksyi, który wywołuje skurcz mięśni gładkich tych narządów; oprócz tego mają działać przy śmierci z uduszenia pomocniczo skurcze mięśni prążkowanych kośćca i aspiracya do klatki piersiowej. Tylko przy śmierci z utopienia znajduje się zmniejszenie ilości krwinek białych wielojądrzastych skutkiem ich rozpuszczenia się w wodzie aspirowanej. Jądra w utrzymanych ciałkach wielojądrzastych okazują zmiany. Zmniejszenie się ich ilości występuje przy utopieniu w rozczynach soli; jest ono zaznaczone wybitniej we krwi lewej komory serca, niż prawej; krew żylna nie różni się pod tym względem od krwi serca. Wskutek obu tych zjawisk powstają zmiany w stosunku odsetkowym krwinek białych tak, że ciałka jednojądrzaste mają względną przewagę. J. Olbrycht.

E. Matzdorf. **Zatrucie chlorkiem cynku ze stanowiska sądowo-lekarskiego.** (Viertjschr. f. ger. Med. 1910. T. 39. Z. 1). Autor zestawił 40 przypadków zatrucia chlorkiem cynku, wogóle rzadkich, aczkolwiek w ostatnich czasach wskutek używania tego środka w ginekologii zdarzających się nieco częściej. Zakończyły się one w 26 przypadkach (= 65%) zejściem śmiertelnem, w 13 przypadkach (32·5%) wyzdrowieniem, w jednym przypadku wynik nieznany. Ani jednego przypadku nie można było kwalifikować jako morderstwo, natomiast przynajmniej w 6 zachodziło samobójstwo; samobójstwa zapomocą chlorku cynku zdarzają się szczególnie w Anglii wskutek nieograniczonego niczem handlu tym przetworem. W 8 przypadkach zaszły zatrucia przy użyciu chlorku cynku w celach leczniczych, zwykle przy użyciu 50% rozczynu, w jednym przypadku przy użyciu pasty. Na resztę składały się nieszczęśliwe przypadki rozmaitego rodzaju, po największej części wskutek zamienienia wód mineralnych z płynami, używanymi do celów technicznych, i to prawie wyłącznie w Anglii. Następnie omawia autor pokrótce rozmaite sposoby użycia, dawkowanie, objawy kliniczne i patologiczne i podkreśla, że chlorek cynku nie posiada żadnego charakterystycznego działania, zwłaszcza przez wessanie. Z drugiej jednak strony nieznaczna miejscowa zmiana nie wyłącza zatrucia przez wessanie. Jako przykład przytacza M. zajmujący przypadek Buttersacka, w którym po trzykrotnem zastosowaniu w odstępach kilkudniowych coraz silniejszych rozczynów chlorku cynku nastąpiła śmierć wśród objawów mocznicy bez jakichkolwiek zmian miejscowych w macicy. M. wykonał także znaczną ilość doświadczeń na zwierzętach i doszedł na ich podstawie do ciekawych wniosków, i tak: chlorek cynku nie wywiera działania żrącego na skórę z wyjątkiem skóry ucha królika. Strupy na błonach śluzowych są białe lub niebieskawo-białe (jama ustna, pochwa, macica, pęcherz, odbytnica, przełyk), albo ciemno-szare (żołądek). Rozmiękania i oddzielania się błony śluzowej, występującego w przypadkach zatrucia u człowieka, nie udało się stwierdzić do-

świadczalnie. Serce było zawsze wiotkie i obficie krwią płynną wypełnione. W moczu pojawiało się stale białko, natomiast brak składników morfotycznych. W nerkach stwierdzano przekrwienie i wybroczyny, martwicę nabłonków i czasem zapalenie kłębków. Te zmiany w nerkach, polegające na wessaniu trucizny, są proporcyonalne do przeciągu czasu, jaki upłynął od chwili zatrucia; mogą one, jak np. w przypadku Buttersacka, występować już wtedy, gdy chlorku cynku użyto w zgęszczeniach, które nie przekraczają granic dawek leczniczych. J. Olbrycht.

H. Roger i M. Garnier. **W sprawie zatrucia kwasem pruskim. Trujące działanie śródotrzewnych wstrzykiwań amygdaliny.** (Comptes rend. de la Soc. de biol. 1909. Nr 24). Jeżeli wstrzykniemy królikowi amygdalinę śródżylnie, to królik znosi dobrze ten glykozyd. Jeżeli natomiast wstrzykniemy śródotrzewnie tesame, a nawet mniejsze dawki (0·25—1·00), to występują objawy zatrucia kwasem pruskim. Z 27 zwierząt zostało przy życiu tylko 2; niektóre zwierzęta zniosły jedno lub kilka wstrzyknięć, jednak wszystkie lub prawie wszystkie uległy w końcu zatruciu. Objaśnić to można tem, że z przewodu pokarmowego przedostaje się emulsyna, zawarta w nabłonkach jelita, przez ścianę jelita do jamy otrzewnej i wchodzi w połączenie z amygdaliną. Po małej dawce występują pierwsze objawy po 1—3 godz. Zwierzę pada na bok, oddychanie zwalnia się, wydychane powietrze ma znamienny zapach. Śmierć następuje w śpiączce, którą poprzedzają często drgawki. Przy sekcyi czuć charakterystyczną woń gorzkich migdałów; krew i narządy są znamiennie żywo czerwono zabarwione. Po dawkach silniejszych rozwija się tensam obraz o wiele szybciej. R. i G. są tego zdania, że (podobnie, jak to stwierdzono co do inwertyny) zostaje także emulsyna przyciągana do jamy otrzewnej królika przez jakieś ciało, do którego posiada powinowactwo chemiczne.

Doświadczenia R. i G. dowodzą, że wstrzyknięcie jakiejś substancyi do jamy otrzewnej nie wywiera tegosamego działania, co wstrzyknięcie podskórne lub śródżylne. Modyfikacye, jakim dana substancya na jednej z tych dróg ulega, mogą zmienić zupełnie jej własności. Toksykologia doświadczalna musi się liczyć, przynajmniej u królika, z fermentami, które mogą pochodzić z błony śluzowej jelit.

J. Olbrycht.

Kurt v. Sury. **W sprawie sądowo-lekarskiego znaczenia śmierci z upływu krwi.** (Vierteljahrsschft f. ger. Med. 3. F., 1910. T. 40. Z. 3, p. 23). Autor podjął się krytyki, a częściowo także badań kontrolnych w sprawie śmierci z upływu krwi i dokonał w tym celu całego szeregu doświadczeń na zwierzętach, jakoteż zebrał bardzo liczne spostrzeżenia, poczynione na zwierzętach, bitych w rzeźniach i na zwłokach osób zmarłych z upływu krwi z rozmaitych przyczyn. Na podstawie tego doszedł do wyników, które się przedstawiają w skróceniu, jak następuje:

I. Kliniczny obraz nadmiernego upływu krwi jest zależny od szybkości upływu krwi. a) Przy powolnym upływie krwi mamy zbiór objawów, charakterystycznych dla braku tlenu w ustroju. Śmierć następuje przez wewnętrzne uduszenie z powodu braku tlenu. Zdolność wykonywania pewnych czynności przez człowieka, zmierającego skutkiem powolnego upływu krwi, trwa jeszcze czas pewien po zadziałaniu czynnika, który krwotok wywołał. b) Przy nagłym upływie krwi, np. przy pęknięciu aorty, może — ale nie musi — nagłe obniżenie ciśnienia krwi wywołać pierwotną śmierć. Odpowiednio do tego zdolność wykonywania pewnych czynności prędko znika.

II. Anatomiczne rozpoznanie śmierci z upływu krwi opiera się na: a) wybitnej niedokrwistości całego ustroju, zwłaszcza z reguły występującej w nerkach. Przeciwnie płuca, mózg i opony okazują wahania co do zawartości krwi. b) Plam pośmiertnych tylko wyjątkowo brak, a należy ich szukać na częściach ciała, wolnych od ucisku. c) Rozmieszczenie i ilość pozostałej w ustroju krwi stoi w odwrotnym stosunku do szybkości upływu krwi.

III. Przy obrażeniach pośmiertnych lub w przypadkach rozkawałkowania zwłok nie przedstawiają zwłoki obrazu charakterystycznego dla śmierci z upływu krwi. W przypadkach gnicia zwłok lub wyługowania części zwłok w wodzie nie można rozpoznawać śmierci z upływu krwi.

IV. Wybroczyny pod wsierdziem uważa autor za zjawisko pośmiertne, w przeciwieństwie do dotychczasowych zapatrywań, uważających je za powstające za życia skutkiem kurczenia się próżnego serca. Według odpowiednich badań: a) występują wybroczyny pod wsierdziem w 60% ludzkich, a w 94% zwierzęcych skurczonych serc, b) natomiast nigdy nie spotyka się ich we wiotkich, ze świeżych zwłok wyjętych sercach. Nie powstają zatem one za życia, ani nie są zjawiskiem przedzgonnem (agonalnem). Bezpośrednie spostrzeżenia autora u zwierząt wykazały, że skurcze serca w przebiegu nagłej utraty krwi stają się zwolna coraz powierzchowniejsze, że zatem wybroczyny nie mogą powstać przez silne skurcze próżnej komory. c) Wybroczyny powstają przez pęknięcie naczyń włosowatych wskutek trwałego ucisku mięśnia sercowego, pośmiertnie stężałego, na treść naczyń włosowatych i wskutek działania ssącego jamy komory, znajdującej się pod zmniejszonem napięciem. Zatem wybroczyny pod wsierdziem należy uważać w przeciwieństwie do dziś panujących zapatrywań za zjawisko pośmiertne, na którego powstanie nie wpływa ani szybkość utraty krwi, ani też ilość krwi utraconej. d) Siedzibą wybroczyn jest stale skurczona komora; czasami mogą także na obu komorach pojawiać się wybroczyny. e) U człowieka spotykamy się z wybroczynami w przypadkach śmierci z krwotoku zewnętrznego, jak i wewnętrznego. f) Wybroczyny pod wsierdziem spotyka się u osób, zmarłych skutkiem najrozmaitszych chorób i w różnych rodzajach śmierci gwałtownej. Znaczenie zatem wybroczyn dla rozpoznania śmierci z upływu krwi jest małe.

V. Przypadki śmierci wskutek upływu krwi z pępowiny są bardzo rzadkie. Jeżeli czyto pierwotnie czy następowo oddychanie płucne jest zniesione lub zahamowane, to noworodek może się także z podwiązanej pępowiny skrwawić. Jak odpowiednie badania pouczają, naczynia pępowinowe mimo podwiązania pozostają drożne np. dla zgłębnika. Jeśli nadto się uwzględni, że galareta Warthona po pierwszych 12 godzinach tak się kurczy, iż podwiązka na pępowinie znacznie się rozluźnia, to jest rzeczą zrozumiałą, że i z podwiązanej pępowiny śmiertelny upływ krwi nastąpić może. J. Olbrycht.

Marmetschke. **O śmiertelnem zatruciu bromkiem etylu i bromkiem etylenu.** (Vrtjschrft. f. ger. Med. 3. F. 1910. T. 40. Z. 3). 1) Słabowity, gruźliczy mężczyzna, 36 lat liczący, zniósł dobrze operacyę wśród uśpienia bromkiem etylu (45 cm^3) z wyjątkiem następowej nieznacznej żółtaczki i śladów białkomoczu: w 14 dni później uśpienie morfinowo-chloroformowe (15 cm^3 chloroformu). W niespełna sześć tygodni potem umiera operowany nagle po 4 minuty trwającem uśpieniu bromkiem etylu (10 cm^3), gdy już maskę usunięto, a zakładano opatrunek. Sekcya wykazała rozszerzenie serca, stare zmiany na zastawkach tętnicy głównej, miażdżycę tętnic wieńcowych, przewlekłe zapalenie nerek, nieliczne zmiany charakterystyczne dla t. zw. »status lymphaticus«. Wdrożonych dochodzeń zaniechano.

2) Zdrowa kobieta umiera w uśpieniu bromkiem etylu (11 cm^3), wykonanem dla wyjęcia 3 zębów przez niedostatecznie wykształconego technika dentystycznego z powodu nieumiejętnych zabiegów ratunkowych. — Zasądzenie.

3) Zdrowa, 37-letnia kobieta, otrzymała przy dentystycznem uśpieniu, wskutek przeoczenia aptekarza 70 cm^3 bromku etylenu zamiast bromku etylu. Bezpośrednio dołączyły się ogólne osłabienie, wymioty, biegunka, bole pod mostkiem, kaszel, brak oddechu, osłabienie serca, krwotok maciczny i wreszcie śmierć po upływie 44 godzin. Przy sekcyi stwierdzono: tłuszczowe zwyrodnienie mięśnia sercowego, wątroby, nerek, ropno-krwotoczny nieżyt dróg oddechowych. Endometritis haemorrhagica. Zmiany w żołądku

i jelitach nie objaśniały klinicznych objawów. — Zasądzenie aptekarza na 1 miesiąc więzienia.

Autor przytacza w końcu literaturę podobnych przypadków i kilka doświadczeń, wykonanych na zwierzętach, które okazują zupełnie tesame objawy przy otruciu bromkiem etylenu. J. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu

Wydział lekarski.

Posiedzenie d. 2 (15) kwietnia 1910 r.

Obecnych członków 20, gości 5. Przewodniczy prezes Prof. Czeczott.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto. Prezes podaje do wiadomości, iż zmarł członek »Związku« Dr Kazimierz Wołowski (od »Związku« został złożony wieniec) i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

I. Prof. Ziemacki wypowiedział rzecz pod tyt.: **Przypadek wycięcia wrzodu okrągłego żołądka z plastyczną operacyą odźwiernika.**

A. St-k. 29 lat, urzędnik bankowy, od lat 6 skarży się na ostry ból w nadpępczu (epigastrium). Zwracał się do wielu lekarzy. Wypróbował sumiennie z 10 rodzajów leczenia, po kilka miesięcy każdy, bez najmniejszego skutku. Ból powstaje natychmiast po jedzeniu, trwa bez przerwy do sześciu godzin. Ból dosięga takiego stopnia, że chory wije się i tarza się na pościeli. Trawić pokarmów, choćby najlżejszych, siedząc lub stojąc nie może z powodu wielkiego stopnia bólów; po każdem jedzeniu musi położyć się na kilka godzin do łóżka, bo wtedy ból jest mniejszy. Ani wymiotów, ani krwotoków per os et anus, ani nudności nie bywało nigdy. Często bywa odbijanie bez smaku i bez zapachu. Przy badaniu łatwo można stwierdzić znaczne rozszerzenie żołądka. Wielka krzywizna żołądka sięgała na 3 palce niżej pępka. Pod wątrobą z prawej strony pępka niewyraźne stwardnienie w okolicy odźwiernika. Kwas solny obecny. Na zasadzie tych i innych wyników badania przypuściłem obecność blizny w okolicy odźwiernika po wrzodzie okrągłym żołądka, któratо blizna mogła wywołać zwężenie odźwiernika i następowe rozszerzenie żołądka. D. 11. (24) grudnia 1909 r. przystąpiłem do operacyi, by wykonać gastroenteroanastomozę sposobem Roux. Po otwarciu jamy brzusznej obok rozszerzenia żołądka wyczułem w okolicy odźwiernika na krzywiźnie małej stwardnienie wielkości orzecha włoskiego w ścianie żołądka i jak się zdawało w błonie śluzowej i podśluzowej. Odźwiernik do takiego stopnia zwężony, że koniec małego palca nie mógł przecisnąć się do dwunastnicy. Wydało mi się wtedy rzeczą możliwą wyciąć owo stwardnienie w okolicy odźwiernika, i zakończyć operacyę plastycznem rozszerzeniem odźwiernika. Zmieniłem odrazu plan operacyi i zamiast gastroenteroanostomozy Roux postanowiłem wykonać gastrotomię, przez otwór w żołądku wyciąć od wewnątrz bliznę i zakończyć operacyę plastycznym sposobem pyloroplastyki Heinecke-Mikulicza. Gastrotomię wykonałem cięciem 14 cm. długiem, przeprowadzonem przez tak zwaną część odźwiernikową (pars pyrolica ventriculi). Stwardnienie wyczuwalne w ścianie żołądka około krzywizny małej okazało się wrzodem okrągłym żołądka, jeszcze nie zgojonym, o średnicy $1^1/_2$ cm. z płaskimi, twardymi i bliznowatymi brzegami. Cała okoliczna błona śluzowa pokryta bliznami i pofałdowana dośrodkowemi promienistemi zmarszczkami, ściągającemi błonę śluzową ku owrzodzeniu z najbardziej oddalonych stron żołądka. Usadowienie wrzodu i blizn na krzywiźnie małej stanęło na przeszkodzie zamiarowi doszczętnego wycięcia wrzodu okrągłego wraz z całą grubością ściany żołądka. Wskutek tego postanowiłem wyciąć tylko błonę śluzową i tkankę podśluzową żołądka wraz z wrzodem okrągłym i otaczającemi bliznami, a nie wycinać całej ściany żołądka z warstwą mięsną i z otrzewną łącznie. Pozostawiłem przeto warstwę mięsną i otrzewnę. Cięcie na błonie śluzowej żołądka wynosiło do 14 cm. długości. Wyciąłem szmat w postaci podłużnego, wzdłuż osi żołądka idącego owalu, którego szerokość w najszerszem miejscu wynosiła 6 cm., a po obu końcach stopniowo zmniejszała się. Otrzymałem ogromną ranę na wewnętrznej powierzchni żołądka, której brzegi były jednak tak ruchome, że udało się bez wielkiego trudu zeszyć je jedwabiem. Zeszyłem ją jednak nie podłużnie, lecz w kierunku poprzecznym jedwabnymi szwami. A że cięcie moje dochodziło aż do dwunastnicy, więc przez takie poprzeczne zeszycie podłużnej rany na błonie śluzowej otrzymałem dość znaczne rozszerzenie odźwiernika, który przepuścił już dwa palce do dwunastnicy. Ten doskonały wynik plastycznej operacyi zeszycia rany na małej krzywiźnie żołądka na tylnej jego powierzchni nasunął mi jeszcze myśl, by powiększyć rozszerzenie odźwiernika przez zeszycie rany gastrotomijnej, t. j. przez zeszycie mojego podłużnego cięcia na przedniej powierzchni żołądka nie w podłużnym, ale w poprzecznym kierunku. Przedłużyłem więc to cięcie nieco na dwunastnicę i postąpiłem wedle wskazówek Heinecke-Mikulicza. Podłużne cięcie postarałem się zeszyć poprzecznie. Były tu dość wielkie techniczne trudności. Jednak w końcu udało się zespolić brzegi rany i otrzymałem w ten sposób szerokość odźwiernika na trzy palce. Ścianę brzuszną zaszyto zwykłym 3-piętrowym szwem; ku okolicy odźwiernika wstawiłem wązkie pasemko merli aseptycznej. Przebieg po operacyi był nadzwyczaj pomyślny. Trzy czy cztery razy w pierwszym dniu były wymioty krwią czystą. Potem wymioty ustały. Ciepłota pozostawała prawidłową: $36,9^0—37,4^0$. Na 6. dzień wyjąłem tampon. Wszystko zgojone doraźnie. Na 9. dzień odjąłem szwy. Dnia dwunastego po operacyi podano choremu już chleb i pokarmy stałe. Drobnowidowe badanie wykazało, że wrzód ten jest to zwyczajne przewlekłe owrzodzenie, cechy nowotworu nie mające.

W dniu 29. XII. (11 I.) chory wyszedł z kliniki o własnych siłach. Bole gastralgiczne, które przez 6 lat męczyły chorego, ustąpiły doszczętnie.

Dzisiaj, przedstawiając chorego w stanie doskonałym, mogę stwierdzić, że przybyło mu 8 kg. wagi, żadnych bólów od $^1/_2$ roku nie doznaje. Je wszystko, żadnej szczególnej dyety nie przestrzega. Pracuje w banku, jak i dawniej przed chorobą.

Zauważyć jednak należy, że i w $^1/_2$ roku po dokonanej operacyi żołądek przedstawia się w stanie nieco rozszerzonym. Dolny brzeg nie dochodzi do poziomu pępka na szerokość jednego palca. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Dr Piotrowicz przytacza ze swej praktyki przypadek, w którym operacya zdawała się niezbędną, pomimo to wielkie dawki zasadowego azotanu bizmutu tak poskutkowały, iż stan chorego zupełnie się poprawił. — Dr Jastrzębski zaznacza, iż pracując na Kaukazie u Prof. Wagnera widział dużo podobnych przypadków, byli nawet tacy chorzy, którzy cierpieli już od 3 lat. Pomimo to wlewanie do żołądka zawiesiny zasadowego azotanu bizmutu działało dobrze i kwaśność zmniejszała się do poziomu prawidłowego. Mówca jest tego zdania, iż przed operacyą należy zawsze wypróbować wszystkie inne środki; między innymi przepłukiwanie $^1/_2\%_0$ nadtlenkiem wodoru również daje dobre wyniki. — Prof. Ziemacki: Gdyby nie anatomiczne położenie wrzodu, to możnaby było próbować dalej innych sposobów; przypadek niniejszy mógł być wyleczony wyłącznie drogą chirurgiczną. W takich razach tworzy się rozszerzenie żołądka, każdy kawałek pokarmu z trudnością przechodzi. Gdy zaś zmiany dotrą do większej tętnicy, mogą nastą-

pić wielkie krwotoki. -- Dr Jastrzębski zapytuje prelegenta, jaka jest statystyka zejść śmiertelnych. — Prelegent odpowiada, iż według statystyki Spiżarnego 12% (na 60 przypadków). — Dr Piotrowicz twierdzi, iż znaczne krwotoki nie dowodzą obecności wrzodu okrągłego. Często w takich razach sekcya wykazywała obecność raka. — Dr Jastrzębski: W takich razach badanie soku żołądkowego wyświetla stan rzeczy. — Dr W. Kozłowski przytacza statystykę Dieulafoya. — Dr Moraczewski (gość): Statystyka Dieulafoya jest jednostronną. Krwawienie żołądkowe nie zawsze nadaje się do operacyi; n. p. przy krwawieniu wskutek stwardnienia naczyń (arteriosclerosis); operacya w takich razach pozostanie bezowocną. Jeżeli krwotoki powtarzają się, to lepiej poddać chorego operacyi. Mowca zapytuje prelegenta o dane co do nawrotów choroby po dokonanych operacyach. — Prelegent: Miałem bardzo mało podobnych przypadków i operowałem, przypuszczając nowotwór złośliwy. Nawrotów nie spostrzegałem. — Dr Moraczewski zapytuje, czy jeżeli u chorego jest n. p. zwiększenie kwaśności na tle nerwowem, czy w takim razie bywają nawroty choroby. — Prelegent: Naturalnie biorąc sprawę z punktu teoretycznego nawroty w takich razach są możliwe. Operacyę robię w ten sposób, aby był ciągły dopływ żółci. — Prezes w imieniu zgromadzenia dziękuje prelegentowi za nader pouczający i zajmujący odczyt, podnosi znaczenie operacyi i również wypowiada zdanie, że wczesna operacya da lepsze wyniki.

II. Dr Zygmunt Messing: **Gorączka w napadach bolów strzelających w przebiegu wiądu rdzenia** (3 przypadki). Rzecz odczytał w zastępstwie autora Dr Jastrzębski. Wobec nieobecności autora dyskusyi nie było. — Prezes w imieniu zgromadzenia wyraził autorowi podziękowanie za pouczający odczyt.

W części administracyjnej: 1) Prezes podaje do wiadomości, iż na posiedzeniu Rady wybrano komisyę (Prof. Ziemacki, Doc. Sowiński i inż. Kotarski), którą upoważniono do ułożenia listu do Związku Narodowego Polskiego w Stanach Zjednoczonych Północnej Ameryki w Waszyngtonie z powodu Kongresu Narodowego Polskiego, mającego się odbyć w maju r. b. List odczytano. 2) Odczytano protokół komisyi, która zajęła się nowym wynalazkiem, mianowicie watą ze lnu, przedstawioną w »Związku« przez p. Barylskiego. Protokół ten przyjęto do wiadomości, komisyi zaś wyrażono podziękowanie. 3) P. Sokołowski oświadcza, iż krewny jego, ś. p. Kaczenowski z Połtawy pozostawił bibliotekę, którą on ofiarowuje »Związkowi«. Prezes dodaje, iż książki już otrzymano (są to pisma peryodyczne) i w imieniu »Związku« składa ofiarodawcy podziękowanie. 4) Uchwalono, aby lista członków wszystkich wydziałów została wydrukowana i rozesłana członkom Rady.

Sekretarz: Doc. Dr Sowiński.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Komitet gospodarczy XI Zjazdu podaje do wiadomości, iż Sekcya okulistyczna tegoż Zjazdu będzie zarazem stanowić pierwszy Zjazd Tow. okulistów polskich, który się miał odbyć w r. 1910. Ustanowione dla tego Zjazdu biuro pozostaje niezmienione i funkcyonuje zarazem jako Komitet sekcyjny XI. Zjazdu lek. i przyr. polskich. Referaty i komunikaty, o ile były dla Zjazdu okulistycznego zgłoszone, a tymczasem w druku jeszcze się nie pojawiły, wejdą w program naszego Zjazdu obok innych, które powinny być zgłoszone do 1. maja 1911. Do tego terminu winni pp. referenci nadesłać krótką treść referatów celem wydrukowania i doręczenia ich członkom Zjazdu. Tematy dla referatów są następujące: 1) Etyologia i postacie kliniczne zapalenia jaglicowego — sprawozdawcy Prof. Wicherkiewicz i Dr Rosenhauch; 2) Porównawcze badania rozmaitych przetworów srebra w chorobach ocznych; 3) Porównanie znaczenia rozmaitych operacyi mających zapobiedz zapaleniu współczulnemu; 4) Krytyka metod operacyjnych opadnięcia górnej powieki.

Komitet I. Zjazdu Tow. okulistów polskich stanowią: Prof. Dr B. Wicherkiewicz — przewodniczący, Prof. Dr K. Majewski — sekretarz, Dr W. Witaliński — skarbnik, Dr E. Rosenhauch — kier. biura, Dr T. Kleczkowski — kier. wystawy, Dr Szafnicki — kier. gospodarczy.

Komitet gosp. XI. Zjazdu podaje nadto do wiadomości, iż utworzyły się następujące Komitety miejscowe: I. W łonie Tow. naukowego warszawskiego: pp. Dickstein, Miklaszewski, Lewiński, Tur, Wóycicki, Janowski, Smolikowski i Biegański. II. W Tow. lekarskiem lwowskiem: pp. Gluziński, Pisek, Rydygier i Ziembicki, Beck i Nowicki, Raczyński i Kucharski, Machek i Bałaban, Łukaszewicz i Papée, Halban i Orzechowski, Sieradzki i Kucera, Mars i Kucharski, Bohosiewicz i Serbeński. III. W pol. Tow. przyrodników im. Kopernika we Lwowie: pp. Łomnicki, Nusbaum, Smoluchowski, Sokołowski i Tołłoczko.

Wiadomości bieżące.

Uzupełnienie listy referentów z prac polskich do czasopism zagranicznych, podanej w poprzednim numerze:

Z dermatologii i syfilidologii: Prof. Dr Franciszek Krzyształowicz, Kraków, Basztowa 6 (Dermatol. Jahresbericht [Würzburg], Archiv f. Dermatol. u. Syphilis).

Dzięki uprzejmości »Gazety lekarskiej« mają prenumeratorowie naszego pisma jeszcze i w roku bieżącym (1911) prawo do otrzymywania »Przeglądu pedyatrycznego«, wydawanego przy »Gazecie lek.« za połowę ceny prenumeracyjnej, jednakże nie 2 rb. = 5 kor., ale **2·40 rb. = 6 (sześć) kor.** Zamówienia na »Przegląd pedyatryczny« zechcą czytelnicy naszego pisma skierowywać do naszej Administracyi (Kraków, Dunajewskiego 2).

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 18. I 1911 posiedzenie, na którem przedstawiał Prof. Reiss przypadki chorobowe z kliniki dermatologicznej (sarcoma idiopathicum haem. cutis Kaposi, lichen planus ruber, xeroderma pigmentosum, meningitis luetica [wśród leczenia środkiem Ehrlicha], sclerodermia), a Prof. Kader i Dr Radliński operowane przypadki z kliniki chirurgicznej. W dyskusyi przemawiał prym. Dr Borzęcki. Dalszy ciąg dyskusyi i wykład Dr Blassberga odbędzie się d. 8. lutego 1911.

— Sekcya Jarosławska Towarzystwa lekarzy galic. wybrała na r. b. następujący zarząd: prezes Dr Wł. Czyżewicz, wiceprezes Dr Fechter, sekretarz Dr Wł. Orłowski, sekretarz posiedzeń Dr M. Spatz, członek Wydziału Dr Dulęba (z Sieniawy), delegaci na Walne Zgromadzenie: Dr Czyżewicz i Sawicki, zastępcy Dr Fechter i Meisels.

— Z d. 15. b. m. rozpoczął wychodzić w Krakowie dwutygodnik p. t. »Słowo lekarskie«, poświęcony sprawom zawodowym i higienie społecznej, organ Krajowego Związku lekarzy i Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej. Komitet redakcyjny tworzą dotychczas: R. dw. Prof. Wicherkiewicz, przewodniczący Związku krajowego lekarzy galicyjskich, Dr St. Schoengut, przewodniczący Izby lek. zach.-gal., Dr S. Bronowski (Warszawa), Prof. Dr Ciechanowski, Dr Damski, Prof. Dr Dobrowolski, Dr E. Gérard Festenburg (Lwów), Dr Karwowski (Poznań), Dr Stahr, Dr Sterling (Łódź). Redaktorem odpowiedzialnym jest Dr Władysław Żydłowicz.

— Potężniejący ruch naukowy na polu filozofii wywołał potrzebę drugiego obok »Przeglądu filozoficznego« czasopisma polskiego, poświęconego temu przedmiotowi. Jest nim wychodzący od Nowego Roku we Lwowie pod redakcyą Prof. Dra Twardowskiego miesięcznik »Ruch filozoficzny«, obejmujący wszystkie działy filozofii, a więc i filozofię przyrody i stąd mogący interesować przyrodników-lekarzy.

— Miarą czci, jaką otoczony był niedawno zgasły ś. p. Prof. Stanisław Kostanecki, były niezwykłe uroczystości żałobne, które odbyły się z końcem roku zeszłego w Bernie, a w których współzawodniczyli ze sobą słuchacze i uczniowie z kolegami przedwcześnie Zmarłego znakomitego uczonego. W auli wszechnicy berneńskiej odbyło się posiedzenie żałobne na którem wygłosili mowy żałobne delegaci uniwersytetów: rektor Prof. Fischer, Prof. Kohlschütter i Prof. Tambor z Berna, Prof. Bistrzycki z Fryburga, Prof. Fichter i Prof. Rupe z Bazylei, Prof.

Pictel z Genewy. Senat wszechnicy berneńskiej wydał obecnie te przemówienia drukiem, poprzedzając je życiorysem i portretem ś. p. Kostaneckiego.

Bracia ś. p. Prof. Stanisława Kostaneckiego, złożyli na fundusz Jego imienia w kasie Akademii Um. kwotę 25.000 kor., z przeznaczeniem corocznych odsetek na rzecz Wydziału matematyczno-przyrodniczego tejże Akademii, a przedewszystkiem na popieranie samodzielnych badań naukowych.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 8. I. do 14. I. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 3 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 9 † 2, płonicy 7 † 1, odry 41 † 5 (5 † 1), duru brzusznego 4, czerwonki 1, nagm. zapalenia opon 1 † 1, róży 1.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Magistrat zawarł z Towarzystwem opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi umowę o umieszczanie w Zakładzie w Drewnicy chorych ze szpitala Jana Bożego, przedewszystkiem tych, którzy mogą pracować na fermie w Drewnicy. Obecnie umieścił magistrat w Drewnicy 15 chorych. Personal lekarski w Drewnicy powiększony zostanie o jednego lekarza.

— Po niespodziewanem zamknięciu »Stowarzyszenia lekarzy polskich« latem r. z., grono złożone z Drów: K. Chełchowskiego, J. Jaworskiego, H. Nusbauma i W. Szumlańskiego, zajęło się opracowaniem nowej ustawy Stowarzyszenia lekarzy, któreby miało na celu rozwój stosunków towarzyskich i zajmowanie się sprawami zawodowemi. Ustawę tę, podpisaną przez Drów: L. Babińskiego, J. Jaworskiego, W. Kamockiego, Leśniowskiego, T. Reutta, B. Sawickiego i W. Szumlańskiego, przedstawiono władzom. Ustawa ta uzyskała legalizacyę. Nowe Towarzystwo będzie nosić nazwę: »Stowarzyszenie lekarzy warszawskich«.

— W dniu 12. b. m. odbyło się posiedzenie Wydziału III. Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, na którem po przemówieniu dorocznem inauguracyjnem p. Jana Sosnowskiego: »O istocie podniety« przedstawiono 6 komunikatów, m. i.: 1) P. A. Czartkowski: »Wpływ floroglucyny na powstawanie antocyanu«. 2) P. J. Tur: »W sprawie powstawania mezodermy u owodniowców (amniota)«.

Łódź. Oprócz wymienionych w ostatnim zeszycie naszego pisma należą nadal do Zarządu Towarzystwa lekarskiego w Łodzi Dr K. Jasiński, jako sekretarz stały, i Dr W. Jasiński, jako II bibliotekarz.

Z różnych stron. Dr M. Stefanowska i Dr J. Joteyko otrzymały od Akademii nauk w Paryżu nagrodę im. Mégea za pracę p. t. »Psychofizyologia bolu«. (Ruch filozof. Nr 1).

— Dr fil. Stefan Sterling uzyskał doktorat medycyny we Wrocławiu.

Mianowani: profesorami nadzw. docenci Frankl-Hochwart i Landsteiner, a prof. tytularnymi docenci Frank, Strasser, Koschier, Singer, Hirschl, Biehl, Braun, Latzko, Pick, Raimann i Schottländer; doc. Moro profesorem pedyatryi w Heidelbergu; dermatolog doc. Spiethoff i neurolog doc. Strohmayer w Jenie profesorami nadzwycz.

Zmarli. Dr Sabin Garbusiński, lekarz okręgowy z Dąbrowy, w Krakowie w 45 r. ż.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 8. lutego 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym : Dyskusya nad przypadkami, przedstawionymi na poprzedniem posiedzeniu. 2) Wykład Dr Blassberga: »Przetwór »606« w świetle chemoterapii Ehrlicha«.